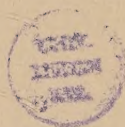


**BEDEUTUNG DER PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSE
UND DER PSYCHOPATHOLOGISCHEN SYMPTOMATIK
FÜR DIE WAHL DER PHARMAKOTHERAPIE
AM BEISPIEL DER VERORDNUNG
VON NEUROLEPTIKA UND ANTIDEPRESSIVA**

Christiane Ehlers

*Diss. München
1982*





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Bedeutung der psychiatrischen Diagnose
und der psychopathologischen Symptomatik
für die Wahl der Pharmakotherapie
am Beispiel der Verordnung
von Neuroleptika und Antidepressiva

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Christiane Ehlers
aus
München

1982

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 19. Oktober 1982

Druck: Hieronymus Buchreproduktions GmbH, München
Einband: Buchbinderei Robert Ketterer, München

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1.0.0.0 Überlegungen zum Einsatz von Psychopharmaka, dargestellt am Beispiel der Neuroleptika und Antidepressiva	1
2.0.0.0 Kurze Darstellung der Symptomatik und der Therapie der wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder	11
2.1.0.0 Schizophrene und paranoide Krankheitsbilder	11
2.1.1.0 Schizophrene Krankheitsbilder	11
2.1.2.0 Paranoide Krankheitsbilder	20
2.2.0.0 Depressive Krankheitsbilder	21
2.3.0.0 Manische Krankheitsbilder	25
2.4.0.0 Neurotische Krankheitsbilder	27
2.4.1.0 Angstneurosen	29
2.4.2.0 Phobien	30
2.4.3.0 Konversionsneurosen	31
2.4.4.0 Dissoziative hysterische Neurosen	33
2.4.5.0 Entfremdungssyndrome	33
2.4.6.0 Zwangsneurosen	34
2.4.7.0 Hypochondrische Neurosen	35
2.4.8.0 Psychovegetative Erschöpfungssyndrome	36
2.5.0.0 Organisch bedingte Krankheitsbilder	37
2.5.1.0 Alkoholpsychosen	40
2.5.2.0 Alterspsychosen	42
2.5.3.0 Andere organische Psychosen	42
2.6.0.0 Versuch einer operationalen Definition der psychiatrischen Diagnosen im DSM-III	44

	Seite
3.0.0.0 Material, Methodik und Fragestellung	48
3.1.0.0 Beschreibung des Materials	48
3.2.0.0 Methodik	49
3.3.0.0 Fragestellung	52
4.0.0.0 Ergebnisse	53
4.1.0.0 Krankengut und medikamentöse Behandlung	53
4.1.1.0 Vorbemerkung	53
4.1.2.0 Diagnostische Beschreibung des gesamten Krankengutes	54
4.1.3.0 Gegenüberstellung von medikamentös und nicht- medikamentös behandelten Patienten	55
4.1.3.1 Gegenüberstellung der Diagnosen	55
4.1.3.2 Beschreibung der Medikamentenverordnungen	58
4.1.3.3 Gegenüberstellung der Symptomatik	60
4.2.0.0 Verordnung von Neuroleptika und Antidepressiva	65
4.2.1.0 Vorbemerkung	65
4.2.2.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Neuroleptika und/oder Antidepressiva bekommen haben, und der Pa- tienten, die weder Neuroleptika noch Antidepressiva bekommen haben	66
4.2.2.1 Gegenüberstellung der Diagnosen	66
4.2.2.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen	69
4.2.2.3 Gegenüberstellung der Symptomatik	70
4.2.3.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Neuroleptika bekommen haben, und der Patienten, die keine Neuro- leptika bekommen haben	77
4.2.3.1 Gegenüberstellung der Diagnosen	77
4.2.3.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen	80
4.2.3.3 Gegenüberstellung der Symptomatik	81

	Seite
4.2.4.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Neuroleptika und Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die Neuroleptika, jedoch keine Antidepressiva bekommen haben	89
4.2.4.1 Gegenüberstellung der Diagnosen	89
4.2.4.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen	92
4.2.4.3 Gegenüberstellung der Symptomatik	93
4.2.5.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die keine Antidepressiva bekommen haben	100
4.2.5.1 Gegenüberstellung der Diagnosen	100
4.2.5.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen	102
4.2.5.3 Gegenüberstellung der Symptomatik	104
4.2.6.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Neuroleptika und Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die Antidepressiva, jedoch keine Neuroleptika bekommen haben	112
4.2.6.1 Gegenüberstellung der Diagnosen	112
4.2.6.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen	113
4.2.6.3 Gegenüberstellung der Symptomatik	115
4.3.0.0 Zusammenhang zwischen Diagnosen und den verschiedenen Therapiegruppen	119
4.3.1.0 Vorbemerkung	119
4.3.2.0 Verteilung der Diagnosen auf die einzelnen Therapiegruppen	119
4.4.0.0 Zusammenhang zwischen AMDP-Symptomen und den verschiedenen Therapiegruppen	123
4.4.1.0 Vorbemerkung	123
4.4.2.0 Häufige Symptome der vier Medikationsgruppen	124

	Seite
4.4.3.0 Typische Symptome der vier Medikationsgruppen	124
4.4.4.0 Symptome, die in Hinblick auf das therapeutische Vorgehen keine Aussagekraft besitzen	126
5.0.0.0 Diskussion	134
5.1.0.0 Vorbemerkung	134
5.2.0.0 Zusammenfassung der Ergebnisse	136
5.2.1.0 Krankengut und medikamentöse Behandlung (Zusammenfassung)	136
5.2.2.0 Verordnung von Neuroleptika und Antidepressiva (Zusammenfassung)	137
5.2.3.0 Zusammenhang zwischen Diagnosen und den verschiedenen Therapiegruppen (Zusammenfassung)	140
5.2.4.0 Zusammenhang zwischen AMDP-Symptomen und den verschiedenen Therapiegruppen (Zusammenfassung)	141
5.3.0.0 Beschreibung des pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozesses im Modell eines Entscheidungsbaumes	144
5.3.1.0 Vorbemerkung	144
5.3.2.0 Die Entwicklung des Schemas des Entscheidungsbaumes	145
5.3.3.0 Die Darstellung unserer Daten im Schema des Entscheidungsbaumes	150
5.3.3.1 Aufteilung des Krankengutes in die Diagnosegruppen	150
5.3.3.2 Aufteilung der Patienten einer Diagnosegruppe in die verschiedenen Therapiegruppen	150
5.3.3.3 Bildung der Medikationsgruppen	151
5.3.3.4 Beschreibung der Medikationsgruppen	152
5.3.3.5 Besondere Charakteristika der Medikationsgruppen im Vergleich miteinander	153
5.3.4.0 Anwendung des Schemas des Entscheidungsbaumes	153

5.4.0.0	Erklärung der Zusammenhänge zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikation unter Bezugnahme auf den pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozeß und die dazugehörigen Richtlinien	156
5.4.1.0	Vorbemerkung	156
5.4.2.0	Die Entwicklung des Schemas zur Darstellung der pharmakotherapeutischen Entscheidungswege in der Psychiatrie	157
5.4.2.1	Die schematische Darstellung des pharmakotherapeutischen Entscheidungsweges in der Literatur	157
5.4.2.2	Die schematische Darstellung des pharmakotherapeutischen Entscheidungsweges in der Klinik	159
5.4.2.3	Die schematische Darstellung der quantitativen Zusammenhänge zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikamentenverordnungen als Abbild des pharmakotherapeutischen Entscheidungsweges in der Klinik	160
5.4.3.0	Der Versuch der Darstellung des pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozesses und der dazugehörigen Richtlinien	162
5.4.4.0	Anwendung des Schemas der pharmakotherapeutischen Entscheidungswege in der Psychiatrie	163
5.5.0.0	Betrachtung der psychiatrischen Krankheitsbilder als operational definierte psychiatrische Diagnosen unter Bezugnahme auf den therapeutischen Entscheidungsprozeß und die dazugehörigen Richtlinien	166
5.5.1.0	Vorbemerkung	166
5.5.2.0	Betrachtung der schizophrenen Krankheitsbilder und der paranoiden Syndrome	169
5.5.3.0	Betrachtung der depressiven Krankheitsbilder	173
5.5.4.0	Betrachtung der manischen Krankheitsbilder	177

	Seite
5.5.5.0 Betrachtung der neurotischen Krankheitsbilder	179
5.5.6.0 Betrachtung der organisch bedingten Krankheitsbilder	183
5.6.0.0 Bedeutung der Ergebnisse für die Klinik der Psychiatrie und offene Fragen	188
6.0.0.0 Zusammenfassung	191
7.0.0.0 Tabellarischer Anhang	196
8.0.0.0 Literaturverzeichnis	202

1.0.0.0 Überlegungen zum Einsatz von Psychopharmaka, dargestellt
am Beispiel der Neuroleptika und Antidepressiva

Die Möglichkeit, Stimmungslage, Gefühle und Verhalten durch Substanzen zu beeinflussen oder gar zu ändern, die von außen in den Körper eingebracht wurden, hat die Menschen in vielen, wahrscheinlich sogar allen Zeitaltern und Kulturen beschäftigt. Demgemäß war es nahezu zwangsläufig, daß mit der Entwicklung der Psychiatrie als ärztliche Wissenschaft auch der Wunsch entstand, gezielt auf die Krankheitsbilder einwirken zu können, die nun neu auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin differenziert und definiert waren. Andererseits hoffte man, aus der Wirkung einzelner Substanzen Hinweise auf die Ätiologie dieser Krankheiten zu erhalten.

Als erste wurden Substanzen beschrieben, deren verändernder Einfluß auf die Psyche bekannt war: Psychodysleptika und Hypnotika etc. Diese Wirkung und ihre potentielle therapeutische Anwendbarkeit wurden jetzt differenziert beobachtet und beschrieben und mit bekannten Psychosen verglichen. Da aber noch keine Stoffe bekannt waren, die vorrangig eine antipsychotische Wirkung hatten, kamen nur palliative Sedierungsmaßnahmen, vor allem durch Scopolamin und - wegen seiner euphorisierenden Wirkungskomponente - Opium bei psychiatrischen Erkrankungen zur Anwendung.

Im 20. Jahrhundert begann dann der gezielte Einsatz zufällig als psychoaktiv erkannter Medikamente. Die spezifische psychiatrische Somatotherapie begann mit der Malariabehandlung der Progressiven Paralyse (1917). In den 30iger Jahren wurde erstmalig das Insulinkoma und das Reserpin in der Behandlung der Schizophrenie eingesetzt und die - vor allem akut - antidepressive Wirkung elektrisch provozierter generalisierter Krampfanfälle beschrieben und angewandt. In diese Zeit fielen auch die ersten Versuche, schwere psychische Störungen durch neurochirurgische Eingriffe zu beein-

flussen (Leukotomie). Die pharmakologische Weiterentwicklung scheiterte immer noch an der vergleichsweise geringen antipsychotischen Potenz der gefundenen Substanzen.

Der große Durchbruch der psychiatrischen Pharmakotherapie kam in den 50iger Jahren mit der Beschreibung der Wirksamkeit von Chlorpromazin durch Delay und Deniker (1952), von Imipramin durch Kuhn (1958), von Iproniazid durch Kline (1957) und der prophylaktischen Lithiumbehandlung durch Schou (1957). Die Anwendungsmöglichkeit einer Lithiumprophylaxe bei Cyclothymien war zwar schon zuvor bekannt, aber noch nicht ausreichend auf ihre klinischen Vorteile und Grenzen hin untersucht worden. Seit diesem Zeitpunkt werden laufend neue Substanzen entwickelt, die in möglichst reiner Form ihre antipsychotische Wirkung entfalten sollen oder zumindest durch die Variation im Spektrum ihrer Nebenwirkungen die Indikationsstellung bei Patienten erleichtern sollen, die durch eine somatische Vorerkrankung besonders durch die eine oder andere Nebenwirkung gefährdet sind.

Die beiden großen Gruppen der antipsychotischen Pharmaka - Neuroleptika und Antidepressiva - bewirken eine Veränderung im Neurotransmitterhaushalt einiger Gehirnstrukturen. Möglicherweise bedeutet dies aber nicht eine einfache Umkehr des Krankheitsgeschehens auf pathophysiologischer Ebene, sondern eine indirekte Kompensation der Auswirkungen der Krankheit. Für diese komplexere Anlage der Neurotransmitter-Theorie zur Entstehung von Psychosen spricht auch die Gestalt der Wirkungsprofile der einzelnen Psychopharmaka, die eher gezielt auf Symptome und Symptomgruppen wirken.

Für die trizyklischen Neuroleptika (Phenothiazine und Thioxanthene) sowie die Butyrophenone als die großen Hauptgruppen der Neuroleptika bedeutet das, daß ihre erstrangige Indikation sicherlich die Schizophrenien sind, daß aber ihr Wirkungsspektrum sie ebenso zur Behandlung von akuten Manien, agitierten Depressionen, aggressiv-gefärbten Erregungs- und panischen Angstzuständen und

anderen Krankheiten mit ähnlicher Symptomatik geeignet sein läßt. Dies gilt für die ganze Gruppe, nicht wie bei speziellen, eher neurologisch-internistischen Indikationen nur für einzelne Substanzen (z.B. Haloperidol bei Gilles-de-la-Tourette-Syndrom und Chorea Huntington).

Das neuroleptische Wirkungsspektrum umfaßt in unterschiedlichem Maße eine antipsychotische und eine sedative sowie motorisch dämpfende Wirkung, die in einem indirekt proportionalen Verhältnis zueinander stehen, d.h. in der Regel wirkt ein relativ gering antipsychotisches Medikament stark sedierend und umgekehrt. Für die Wahl eines Medikamentes gilt es also im Einzelfall abzuwägen, ob eine Milderung von emotionaler Anspannung, von Halluzinationen und Wahnideen, von aggressivem oder agitiertem Verhalten vorrangig angestrebt werden soll oder eine Dämpfung motorischer Unruhe, eine Normalisierung des Schlafrhythmus sowie eine psychovegetative Entkoppelung. Ebenso verhält es sich mit dem Einfluß der verschiedenen Substanzen auf die höheren Gehirnleistungen: eine Koordinierung des Denkens einerseits und eine - möglicherweise indirekt über die sedative Wirkung verursachte - Beeinträchtigung von Konzentration und komplexen Intelligenzleistungen.

Weitgehend parallel zur sedierenden Komponente geht die zentral antiemetische Wirkung. Dies gilt nicht für die Butyrophenone, die trotz schwacher Sedierung eine starke antiemetische Potenz haben; dafür ist hier die Parallelität von antipsychotischer Wirkung und extrapyramidalen Nebenwirkungen besonders ausgeprägt.

Die extrapyramidalen Syndrome treten durchschnittlich bei jedem zweiten Patienten auf (20-80 %), der eine Neuroleptika-Therapie erhält. Damit nehmen sie unter den Nebenwirkungen dieser Gruppe eine herausragende Stellung ein. Bei der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um den Ausdruck einer relativen Dopaminverarmung und damit um reversible Erscheinungen. Pseudoparkinson, Akathisie und initiale Dyskinesien verschwinden nach Beendigung der Therapie,

manchmal auch nach einigen Wochen unter Medikation. Dieser Toleranzeffekt kann sich auch auf die sedierende Wirkungskomponente erstrecken. Zudem sprechen sie teilweise gut auf Antiparkinsonmittel an. Somit sind sie zwar für den Patienten eine große, manchmal untragbare Belastung, vom ärztlichen Standpunkt aber wären sie im Gegensatz zu der Spätform der EPS-Störungen akzeptabel. Die irreversible choreiforme Spätdyskinesie tritt bei circa 5 % der Patienten auf. Sie gilt als Überempfindlichkeitsreaktion der über lange Zeit blockierten Dopamin-Rezeptoren. Deshalb kann sie weder durch das Absetzen des Neuroleptikums noch mit Antiparkinsonmitteln behoben werden, da beide Maßnahmen das relative Dopaminangebot noch erhöhen würden.

Andere zentrale Nebenwirkungen sind neben der Senkung der Krampfschwelle der direkte Einfluß auf den Hypothalamus, der eine Störung der Temperaturregulation und eine Erhöhung des Appetits bewirkt, und der von dort weitergeleitete Einfluß auf die hypophysäre Hormonausschüttung. Die Erhöhung des Prolaktins und die Senkung der Gonadotropine im Serum können ein Galaktorrhoe-Amenorrhoe-Syndrom bzw. Gynäkomastie und Potenzstörungen verursachen. Das vegetative Nervensystem wird beeinträchtigt vom Gegen- und Miteinander anticholinerg, α -sympatholytischer und adrenerger sowie antihistaminischer, antiserotoninergischer und antitryptaminerger Wirkungen, deren Balance nicht nur vom Medikament, sondern auch vom individuellen Patienten abhängt und damit in der Summe ziemlich unvorhersehbar ist.

Die kardiovaskulären Nebenwirkungen werden teilweise durch diese indirekten Einflüsse bedingt: orthostatische Hypotonie und Tachykardie sind häufige Symptome. In unterschiedlichem Maße besteht aber auch eine direkte Wirkung auf Herz und Gefäße, z.B. Chlorpromazin hat negativ inotrope, antiarrhythmische und vasodilatorische Eigenschaften. Alle Phenothiazine haben zudem eine potentiell toxische Wirkung auf das Reizleitungssystem, die vor allem für die plötzlichen Todesfälle bei jungen Patienten verantwortlich gemacht wird.

Von zahlenmäßig größerer Bedeutung sind Leberfunktionsstörungen mit Hypercholesterinämien. Dagegen sind Überempfindlichkeitser-scheinungen, die sich an der Leber (cholestatische Hepatose), an der Haut und im Knochenmark manifestieren können, sowie lebensbe-drohliche Überdosierungen selten. Erst in der Kombination mit anderen zentral dämpfenden Substanzen (Alkohol, Barbiturate etc.), deren Wirkung bei jeder Dosierung des Neuroleptikums potenziert wird, ist vereinzelt der letale Ausgang einer Überdosierung be-schrieben worden. Neuroleptika sind also dank ihrer großen thera-peutischen Breite relativ sichere Medikamente.

Dagegen haben die beiden großen Untergruppen der A n t i d e - p r e s s i v a , die trizyklischen Antidepressiva und die Mono-aminooxidase-Hemmer eine vergleichsweise hohe toxische Potenz. Die Wahrscheinlichkeit von toxischen Symptomen unter der Medikation mit trizyklischen Antidepressiva wird mit Werten bis 5 % angegeben (Boston Collaborative Drug Surveillance Program 1972); dieser Prozentsatz liegt bei MAO-Hemmern sogar noch höher. Dies bedeutet deshalb verstärkt ein Problem in der Praxis, da in dem typischen zeitlichen Wirkungsprofil der Antidepressiva die antriebssteigernde Komponente der Wirkung vor der stimmungsaufhellenden eintritt und das Medikament gleichzeitig Ursache der (Re-)Aktivierung und Mittel zur Durchführung suizidaler Tendenzen sein kann.

Die antriebssteigernde und die stimmungsaufhellende Komponente sind in den einzelnen Antidepressiva unterschiedlich stark ausgeprägt. Bei den trizyklischen Antidepressiva kommt hierzu noch eine variable anxiolytische Wirkung. Alle Antidepressiva sollten nur bei depres-siven Bildern von Krankheitswert gegeben werden, d.h. bei endo-genen oder schweren reaktiven oder neurotischen Depressionen; wenn sie bei leichteren Stimmungsveränderungen, wie sie bei Gesunden vorkommen können, verordnet werden, kann sich die stimmungshebende Wirkung in ihr Gegenteil umkehren.

Die trizyklischen Antidepressiva sind in der Regel die Medikamente erster Wahl. Sie besitzen eine strukturelle Ähnlichkeit mit den Phenothiazinen und bewirken wie diese zentral und peripher eine Veränderung im Neurotransmitterhaushalt. Zentral wird durch eine Hemmung der Rückresorption von Noradrenalin und Serotonin aus dem synaptischen Spalt deren relative Konzentration am Rezeptor erhöht. Ob diese Wirkung auch für Dopamin gilt, ist noch nicht endgültig geklärt. Im autonomen Nervensystem variieren - z.T. in Abhängigkeit von Vorhandensein und Anzahl primärer, sekundärer und tertiärer Aminogruppen - die anticholinergen, antihistaminischen und α -blockierenden Wirkungen. Wie bei den Neuroleptika ergeben sich Abweichungen in Abhängigkeit vom Medikament und der individuellen Empfindlichkeit des Patienten, jedoch sind in der Regel die anticholinergen Wirkungen prominent. Diese können sich bei entsprechender Disposition auch dramatisch äußern, z.B. Harnsperrung beim Prostata-Adenom, akuter Glaukomanfall beim Engwinkelglaukom oder Resorptionssteigerung für Medikamente, auch für das Antidepressivum selbst, durch die anticholinerg bedingte Obstipation und damit erhöhtes Risiko von Überdosierungserscheinungen.

Die Auswirkungen von Antidepressiva auf Herz und Kreislauf sind noch ausgeprägter als bei den Neuroleptika. Neben Tachykardie und Hypotonie können sie Arrhythmien bewirken. Alle Faktoren zusammen beeinträchtigen z.T. die Auswurfleistung des Herzens so sehr, daß kardiale und cerebrale Ischämien auftreten können. Dies gilt natürlich besonders für ältere Patienten, die auch noch ein größeres Risiko haben, einen - pharmakologisch oder endogen bedingten - Umschwung ("switch") in eine manische Stimmungslage zu bekommen.

Auf der Suche nach möglichst nebenwirkungsfreien Antidepressiva wurden inzwischen - von den β -Blockern her, aber ohne eigene β -blockierende Wirkung - das bizyklische Viloxazin und - von den trizyklischen Antidepressiva her - zwei tetrazyklische Substanzen entwickelt, wovon die eine - Maprotilin - sich durch eine minimale Kardiotoxizität auszeichnet, die andere - Mianserin - durch noch

geringere anticholinerge Eigenschaften als Viloxazin. Mianserin aber ist vor allem durch eine Differenz in den klassischen Versuchsmodellen (EEG, Tierversuch etc.) auffallend, die die Möglichkeit völlig anderer pharmakologischer und neurochemischer Eigenschaften und damit neuer Wege in der pharmakologischen Entwicklung erscheinen läßt.

Die andere große Untergruppe der Antidepressiva ist die Gruppe der MAO-Hemmer, eine sehr heterogene Stoffgruppe, von denen auch nicht alle Substanzen antidepressive Eigenschaften besitzen. In der Bundesrepublik hat sich die Anwendung von MAO-Hemmern wegen ihrer z.T. seltenen, dann aber sehr bedrohlichen Nebenwirkungen nur mit Vorbehalten durchsetzen können. In den angelsächsischen Ländern dagegen kommen MAO-Hemmer öfter zur Anwendung. Bei gutem Ansprechen auf eine Behandlung mit MAO-Hemmern nicht nur in der eigenen, sondern auch in der Familienanamnese werden sie sogar als die Medikamente erster Wahl bezeichnet. Eine besonders gute Wirkung entfalten die MAO-Hemmer bei den sonst schwer therapierbaren Depressionen mit atypischer psychischer und starker somatischer Symptomatik, die sich oft schlecht von Psychopathien unterscheiden lassen (West und Dally, 1959). Ihr vorrangiges Einsatzgebiet aber sind die Depressionen, bei denen Kontraindikationen gegen trizyklische Antidepressiva vorliegen oder die nach dem Versuch mit mindestens zwei verschiedenen Präparaten als refraktär gegen eine Therapie mit trizyklischen Antidepressiva betrachtet werden müssen.

Die große Gefahr einer Therapie mit MAO-Hemmern besteht in der Auslösung von Hochdruckkrisen durch die Unfähigkeit, hypertensive Amine abzubauen, in der hohen toxischen Potenz für Leber und ZNS und in der Wirkungsverstärkung vieler Medikamente und auch von Alkohol durch die Hemmung anderer abbauender Enzymsysteme. Diese dramatischen Nebenwirkungen wie auch die Überdosierungserscheinungen sind zudem noch sehr schlecht zu behandeln. Nichtsdestoweniger können diese Risiken zweitrangig gegenüber dem Risiko einer unbehandelten Depression sein.

Diese Risiken sind akzentuiert bei der kombinierten Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva und MAO-Hemmern, die inzwischen als kontraindiziert gilt. Obwohl sie von Goldberg und Thornton als weitgehend ungefährlich beschrieben wurde (1978), haben die zwar relativ seltenen Vorkommnisse einer lebensbedrohlichen neurotoxischen Wirkung, die sich in Hyperthermie, Krämpfen und Koma zeigt, ihre Anwendung als zu risikoreich erscheinen lassen. Zudem hat sich eine Verstärkung der therapeutischen Wirkung gegenüber den einzelnen Komponenten - d.h. meistens gegenüber dem alleinigen Einsatz von trizyklischen Antidepressiva - nicht nachweisen lassen.

Dagegen zeigt die Kombination von trizyklischen Antidepressiva und Benzodiazepinen eine potenzierte Wirkung für beide Bestandteile. Dies gilt vor allem in der ersten, kritischen Behandlungswoche. Außerdem verhindert die stärkere subjektive Befundbesserung in stärkerem Ausmaß ein eigenmächtiges Absetzen des Medikamentes durch den Patienten. Die Wirkungsverstärkung entsteht aber nicht - wie bei anderen zentral dämpfenden Substanzen, z.B. Barbituraten - durch eine Hemmung des abbauenden Enzymsystems.

Dieser Mechanismus spielt wiederum bei der Kombination von Neuroleptika und Antidepressiva eine wichtige Rolle. Die Abbauphemmung durch die eine Komponente verursacht einen erhöhten Plasmaspiegel der anderen - meist des Antidepressivums - und führt zu einer Wirkungsverstärkung. Auf diese Weise entfalten die beiden Komponenten ihre Wirkung in einer Relation zueinander, die nicht der Relation der gegebenen Dosierungen entspricht.

Beide Komponenten greifen in den Neurotransmitterumsatz im ZNS ein. Neuroleptika blockieren vor allem die Dopaminrezeptoren; Antidepressiva erhöhen die Verfügbarkeit von Noradrenalin, Serotonin und - mit einer gewissen Fraglichkeit - auch Dopamin und erhöhen damit die interneuronale Impulsfrequenz. Man müßte daher annehmen, daß sich ihre Wirkungen zumindest teilweise aufheben und die Kombination eine geringere Wirkung hat als die Einzelmedikamente.

Nachdem sich diese Annahme in der Praxis nicht bestätigt, werden die Zweifel an einer direkten Korrelation zwischen den Veränderungen im Neurotransmittersystem und der antipsychotischen Wirkung verstärkt. Dagegen ist gerade bei den Nebenwirkungen im vegetativen Nervensystem der direkte Bezug von der pathophysiologischen Veränderung durch das Pharmakon zur Nebenwirkung selbst gegeben. Die Wirkungen können sich also sowohl aufheben wie addieren. Die Möglichkeit der Addition ist in erster Linie für die anticholinergen Nebenwirkungen wichtig. Die Kombination von zwei stark anticholinergen Substanzgruppen, z.B. von aliphatisch- oder piperidylalkylsubstituierten Phenothiazinen mit einem trizyklischen Antidepressivum, hat eine hohe Inzidenz plötzlicher Todesfälle bei psychiatrischen Patienten. Dies bedeutet aber nicht, wie bei der Kombination von trizyklischen Antidepressiva und MAO-Hemmern, eine prinzipielle Ablehnung einer solchen Therapie, da das Risiko durch die Auswahl geeigneter Medikamente entscheidend verringert werden kann und hier ja dem Risiko auch ein therapeutischer Nutzen, nämlich die verstärkte Wirkung gegenübersteht.

Gerade dieses Beispiel zeigt, daß die Anwendung antipsychotischer Medikamente und deren sinnvolle Kombination sich nur mit vielen Vorbehalten zu den - bis jetzt - bekannten Veränderungen durch das Medikament auf pathophysiologischer Basis in Beziehung setzen läßt. Da weder die Pathophysiologie der psychischen Störungen selbst noch - in erschöpfendem Umfang - der Wirkungsmechanismus der antipsychotischen Substanzen bekannt ist, bleibt jede psychiatrische Therapie und Pharmakotherapie letztendlich eine empirische Angelegenheit. Bis zu dem Zeitpunkt, an dem psychoaktive Medikamente gesichert kausal ins Krankheitsgeschehen eingreifen, kann daher nur die Erfahrung der Klinik über Vor- und Nachteile der therapeutischen Möglichkeiten urteilen.

Ausgehend von den oben ausgeführten allgemeinen Darlegungen über die Bedeutung und die Wirkung der Neuroleptika und der Antidepressiva, deren Einsatz also nicht nur von pharmakologischen

Gesichtspunkten (das Spektrum von Wirkungen und Nebenwirkungen), sondern auch von klinischen Gesichtspunkten (Diagnose, Syndrom, Einzelsymptom) bestimmt wird, haben wir uns für diese Arbeit die Frage gestellt, nach welchen Gesichtspunkten von seiten der Symptome und Diagnosen diese Medikamente angewendet werden. Wir haben bei der Beantwortung dieser Frage einen besonderen Wert auf die Darstellung der Unterschiede gelegt, die zwischen den verschiedenen Arten der Pharmakotherapie mit Neuroleptika und Antidepressiva bezüglich der Symptome und Diagnosen der mit diesen Substanzen behandelten Patienten bestehen. Dabei interessiert uns besonders, ob die Art der Interpretation der Beziehung zwischen Diagnose und Symptomatik für den pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozeß vorgegeben sein muß.

Im zweiten Kapitel beschreiben wir die fünf wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder und streifen kurz die Richtlinien für ihre Therapie. Im dritten Kapitel wird das Krankengut beschrieben, die Methodik der Darstellung erklärt und die Fragestellung der Arbeit genauer formuliert.

2.0.0.0 Kurze Darstellung der Symptomatik und der Therapie der wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder

2.1.0.0 Schizophrenie und paranoide Krankheitsbilder

2.1.1.0 Schizophrenie Krankheitsbilder

Von allen psychiatrischen Krankheitsgruppen nehmen die schizophrenen Krankheitsbilder eine vorrangige Stelle ein. Die Schizophrenien (ICD 295) sind nicht nur die häufigsten Psychosen, sondern heben sich vor allem in der Art ihrer Symptomatik ungeachtet der Ausprägung und der Kombination von einzelnen Symptomen oder Symptomgruppen besonders augenfällig vom Normalen ab. Im Gegensatz zur zweiten großen Psychosengruppe, den affektiven Psychosen, deren augenfälliger Unterschied zum Normalen in dem Hoch und Tief der Stimmung, also eher in einer quantitativen Veränderung liegt, unterscheidet sich der schizophrene Kranke vom psychisch Gesunden in erster Linie durch die verzerrte, bizarre, unwirkliche, "abnorme" Qualität seiner Symptomatik.

Diese Krankheitsgruppe wurde jedoch erst in diesem Jahrhundert als zusammengehörige Krankheitsgruppe erkannt und beschrieben. Es gibt zwar frühe Beschreibungen einzelner Symptome oder Symptomkomplexe. Die Erkrankung selber wurde auch zwangsläufig gesehen, aber je nach kulturellem Zusammenhang wurden die einzelnen Erscheinungsbilder und Symptome dem Einfluß freundlicher oder feindlicher Übernatürlicher Kräfte oder dem Versagen des eigenen rationalen Willens zugeschrieben, jedoch nicht als zusammenhängende Krankheit erkannt.

Selbst als im ausklingenden 18. Jahrhundert allen psychiatrischen Krankheiten der Aspekt von Schuld (als Versagen oder im Zusammenhang mit Strafe) genommen wurde und ihnen - zumindest in der Medizin - der Krankheitscharakter zugebilligt wurde, geschah die Systematisierung der Symptome, die nun unter wissenschaftlichen Aspekten beobachtet wurden, weiterhin in den überlieferten Krankheitsgruppen, die - nach heutigen Begriffen - die Cyclothymien, Demenzen und Oligophrenien umfaßten.

Erst durch E. Kraepelin, E. Bleuler und K. Schneider wurde das Krankheitsbild der Schizophrenie, so wie wir es heute kennen, definiert und die Besonderheiten von Symptomatik und Verlauf beschrieben. Letztendlich aber ist die Darstellung dieser Krankheit immer noch nicht abgeschlossen, d.h. so formuliert, daß in allen Ländern und in allen Kliniken die gleichen Kriterien verbindlich gelten. Die ungenügende Einigung sowohl über den Begriff Schizophrenie selbst als auch über die genaue Abgrenzung zwischen den einzelnen Formen der Schizophrenie macht eine weitergehende Erforschung der Gesetzmäßigkeiten dieser Krankheit teilweise sehr schwierig, obwohl diese Gesetzmäßigkeiten bis zur Aufdeckung von Ätiologie und Pathogenese (und vielleicht auch noch darüber hinaus) nur im Rahmen von klinischen Untersuchungen und Vergleichen ermittelt werden können.

Die schizophrenen Krankheitsbilder lassen sich unter verschiedenen Gesichtspunkten in Untergruppen einteilen. Die klassische Einteilung von Kraepelin und Bleuler in die katatonen, hebefrenen und paranoid-halluzinatorische Form sowie die Schizophrenia simplex berücksichtigt vor allem Symptomatik und Verlauf. Die Einteilung von Langfeld (1939) dagegen richtet ihr Augenmerk mehr auf Pathogenese und Verlauf. Hier wird die schizophrene Reaktion von der progredienten Form der Schizophrenie unterschieden, die weitgehend der Dementia praecox in der Definition Kraepelins entspricht. Ebenso wie die Definition des Begriffes Schizophrenie selbst richten sich auch diese Unterscheidungen nach klinischen

Gesichtspunkten. Es ist nicht geklärt, ob es sich um Variationen eines Krankheitsbildes oder vielleicht sogar um verschiedene Krankheitsbilder handelt.

Bei aller Unterschiedlichkeit zwischen den verschiedenen schizophrenen Erscheinungsformen gibt es natürlich auch gewisse Charakterzüge, die in wechselnder Kombination und Ausprägung bei allen Schizophrenien auftreten. Das herausragendste gemeinsame Element ist ein Aspekt von Desintegration und fehlender Balance zwischen persönlicher Welt und der Realität. Die Grenze zwischen diesen beiden Welten ist unscharf und kann vor allem vom Kranken selber nicht mehr als Grenze wahrgenommen und empfunden werden. Sowohl die eigene Welt, das Ich mit den individuellen Gedanken und Vorstellungen, als auch die Außenwelt als auch die Grenze zwischen den beiden werden wie in einem Zerrspiegel gesehen. Aber neben dieser verzerrten Ich-Welt-Einheit existiert gleichermaßen und oft auch gleichzeitig eine völlig normale innere und äußere Realität.

Innerhalb der Ich-Realität äußert sich diese Verzerrung in unterschiedlichen Zügen: die Unfähigkeit, eine Idee an den realen Gegebenheiten zu messen, führt zu Wahnvorstellungen. Die eigenen Ideen, vor allem Ideen von der eigenen Größe oder Verfolgungs-, Beeinträchtigungs- und Beziehungsvorstellungen werden für den Kranken zur Wahrheit und zur Realität. Die Störung im Denken, die sich hier inhaltlich in der Unfähigkeit zeigt, die Begriffe "subjektiv" und "objektiv" zu trennen und wieder zu integrieren, liegt ebenfalls in den formalen Denkfunktionen vor. Durch eine Desintegration der normalen assoziativen Brücken und durch die Ausbildung neuer, oft innerhalb von minimalen Zeitabständen wechselnder Brücken entsteht eine neue gedankliche Ordnung, eine neue "Logik". Mit dem Verlust der normalen assoziativen Brücken geht auch der Verlust der normalen Unterscheidung von Wichtig und Unwichtig einher. Der schizophrene Kranke sieht kleine, belanglose Begriffe als wichtig an und wird durch ihr Auftreten, ob real oder nur gedanklich, leicht abgelenkt. Die Inkohärenz seiner Gedankenführung

beruht also im Gegensatz zu organischen Hirnerkrankungen nicht auf dem tatsächlichen Verlust von Gedanken- oder Sprachelementen, sondern auf der verkehrten Koppelung innerhalb und zwischen beiden. Die Sprache, die häufig von vielen Symbolen geprägt ist, ist zwar für den Untersucher der Weg, einen Eindruck vom Denken des Kranken zu gewinnen, für den Patienten selber ist sie jedoch in erster Linie ein Mittel, sich selbst auszudrücken: er redet für sich, nicht um seine Gedanken und Vorstellungen dem anderen mitzuteilen. Als besonders typisches Zeichen für diese Haltung gelten Neologismen.

Die Sprache, die Psychomotorik und der Antrieb zeigen ähnliche Veränderungsmöglichkeiten, auch wenn diese nicht unbedingt parallel und gleichzeitig auftreten müssen. Außer der Unkoordiniertheit und der bizarren Form ("steif und gestelzt"), die in diesen Bereichen auftreten können, gleichen sich diese Störungen auch in den quantitativen Variationen: auf der einen Seite Antriebssteigerung bzw. -minderung, auf der anderen Seite Logorrhoe bzw. Mutismus. Am ausgeprägtesten und auffälligsten ist diese Ähnlichkeit der Störungen bei den katatonen Symptomen. Diese haben unabhängig von ihrer Dynamik (d.h. auch in Erregungszuständen) ein gemeinsames Element von Stumpfheit. Unter die katatonen Symptome fallen die stereotype Wiederholung oder Nachahmung von Gesten oder Worten, die stumpfsinnige Ausführung von Befehlen und das Fehlen aktiver, spontaner Äußerungen von seiten des Kranken, worunter man auch den Mutismus rechnen kann. Dabei kann es sich sowohl um ein Nicht-Wollen wie beim Negativismus handeln als auch um ein Nicht-Können wie beim Stupor, den der Patient durch die erhaltene und sogar hohe Empfindlichkeit gegenüber Stimuli und durch die Unfähigkeit, darauf zu reagieren, als äußerst quälend empfinden kann. Das extremste und auffallendste Symptom aus dem Kreis der katatonen Symptome ist die Katalepsie.

Ein weiteres Gebiet der Ich-Realität, das durch die Schizophrenie verändert wird, ist die Gefühlswelt des Patienten. Sie verändert

sich mehr qualitativ als quantitativ. In erster Linie tritt eine Verflachung der Gefühle auf, die sich manchmal so extrem gestalten kann, daß die daraus entstehende Öde an Emotionen, nicht eine Deprimiertheit, der Anlaß zu einem Suizid sein kann. Das Element der Verzerrung zeigt sich in der Affektivität einerseits durch die fehlende Übereinstimmung von Anlaß und Gefühl, d.h. durch inadäquate Gefühlsregungen, und andererseits durch abnorme und überschießende Gefühle wie Angst und Ekstase. Bei den Störungen des Affektes nehmen die schizoaffectiven Psychosen eine Sonderstellung ein, da hier schizophrene Symptome mit depressiven bzw. manischen Symptomen kombiniert sind.

Letztlich kann man von all diesen Störungen des Denkens, der Psychomotorik und der Affektivität sagen, daß der Bezug zur Außenwelt, zur Realität fehlt oder abnorm gestaltet ist. Diese Außenwelt wird vom schizophrenen Patienten als weniger real empfunden als seine innere Welt. Er zieht sich von der Außenwelt zurück, was sich teilweise als extreme Interesse- und Kontaktlosigkeit gestalten kann (Autismus). Nichtsdestoweniger reagiert er sogar übermäßig stark und empfindlich auf alle Stimuli von außen, auch solche, die einem Gesunden unbedeutend erscheinen. Diese Hypersensitivität ist ein grundsätzliches psychisches Merkmal der Schizophrenen, das sich auch oft schon vor der Manifestation der Krankheit nachweisen läßt. Es handelt sich dabei um die Unfähigkeit, das Ich und einen äußeren Reiz in eine ausgewogene Ordnung zu bringen; diese Adaptationsstörung äußert sich erst in einer überschießenden Reaktion und Empfindlichkeit auf Stimuli, später in einer Blockade gegenüber äußeren Reizen. Die Inadäquatheit von Reiz und Reaktion zeigt sich am deutlichsten bei Gewalttaten durch den Kranken, die oft von scheinbar belanglosen Bemerkungen ausgelöst werden, die aber vom schizophrenen Kranken als massiver Tadel oder Zurückweisung empfunden werden. Durch die Unvorhersehbarkeit ist die Verhütung von Gewalttaten, die der Kranke gegen andere und auch gegen sich verübt, ungleich schwieriger als bei depressiven Patienten.

Neben dieser fehlenden oder verzerrten emotionalen Beziehung zur Außenwelt ist aber auch die konkrete optische Wahrnehmung dieser Außenwelt für den Kranken verändert. Diese visuelle Verzerrung kann sich in ihrer Art innerhalb von Sekunden ändern. Zu diesen Wahrnehmungsstörungen können dann auch noch Halluzinationen optischer Art hinzukommen. Am häufigsten unter allen Halluzinationen sind jedoch die akustischen und da vor allem das Stimmenhören. Dabei kann es sich um die Stimmen anderer Personen handeln, die z.B. über den Patienten reden, oder um das Lautwerden seiner eigenen Gedanken. Beides ist letztlich Ausdruck der aufgehobenen Abgrenzung der Ich-Person gegen die Außenwelt. Zu diesen Phänomenen gehören auch Gedankenabreißen, Gedankenentzug, gemachte Gedanken und andere Fremdbeeinflussungserlebnisse. Solche Erlebnisse in Form von Gedanken und Stimmen, die etwas anordnen, gegen das sich der Patient oft lange und verzweifelt wehrt, können wiederum die Auslöser für Gewalttaten gegen sich oder andere sein.

Das Auftreten eines solchen Symptoms gibt sicherlich einen starken Hinweis für die Diagnosestellung. Letztlich aber gibt es keine einzelnen Symptome, die nötig und vor allem ausreichend sind, um die Diagnose Schizophrenie zu stellen. Selbst die Kernsymptome, worunter man trotz gewisser Variationen und Zusätze bei einzelnen Autoren nach wie vor die Störungen von Affektivität, Antrieb und Denken aus der Definition Kraepelins und Bleulers versteht, geben zwar einen starken Hinweis auf die Diagnose, als Einzelsymptome jedoch keinen Beweis für die Diagnosestellung. Die meisten dieser Symptome können nicht nur bei anderen Erkrankungen, sondern auch bei psychisch Gesunden auftreten, vor allem bei starker physischer und psychischer Erschöpfung. Allerdings bleibt in diesen Fällen der Bezug zur Realität erhalten.

Die WHO hat zwischen 1965 und 1973 den Versuch unternommen, mit Hilfe einer standardisierten Exploration Symptome festzulegen, die einen hohen diagnostischen Aussagewert haben. Dazu wurden die Unterlagen von schizophrenen Patienten aus neun Ländern von vier

Erdteilen verwendet. Auf diese Weise wurde versucht, die Kernsymptome möglichst klar aus den verschiedenartigen kulturellen, ethnischen, politischen und religiösen Einflüssen herauszufiltern, die nicht nur einen starken Einfluß auf die Gestalt einzelner Symptome haben, sondern auch auf deren Häufigkeit und auf die Häufigkeitsverteilung der einzelnen Schizophrenieformen. Das Ergebnis dieser Untersuchung deckt sich grundsätzlich mit der lehrbuchmäßigen Grundsymptomatik, wenn auch einzelne Symptome eine unerwartete Verschiebung bezüglich ihrer Wichtigkeit bzw. Unwichtigkeit erfahren.

Auch das Alter, in dem die Schizophrenie sich zuerst manifestiert, hat einen starken Einfluß auf die Symptomatik, möglicherweise auch auf den Verlauf. Die meisten Schizophrenien treten zum ersten Mal in der zweiten oder dritten Lebensdekade auf. Das Auftreten einer Schizophrenie vor der Pubertät, was im Gegensatz zur sonst annähernd ausgewogenen Verteilung bei Knaben relativ häufiger vorkommt als bei Mädchen, äußert sich vor allem in Verhaltensstörungen und Autismus. Die typischen Veränderungen im Denken, in der Sprache und in der Affektivität treten normalerweise nicht auf. In fast noch stärkerem Maße zeigt sich eine atypische Symptomatik bei der Erstmanifestation einer dann meist paranoiden Schizophrenie bei älteren Patienten (über 40 Jahre). In manchen Fällen ist das Erscheinungsbild so atypisch, daß Fälle, die in Deutschland als Spätschizophrenien diagnostiziert werden, in den USA als Psychosen im Involutionalter bezeichnet würden (Freedman et al., S. 450).

Außer der Symptomatik kommt auch der Verlauf der schizophrenen Erkrankung als diagnostisches Kriterium in Betracht. Besonders bei der Schizophrenia simplex ist letztlich der progrediente Verfall der Persönlichkeit und der Intelligenz der entscheidende Hinweis zur Diagnosestellung. Dieser Verfall, der früher zum Begriff der Prozeßpsychose geführt hat, tritt jedoch dank der Behandlungsmethoden, die uns heute zur Verfügung stehen, in einer viel gerin-

geren Häufigkeit auf als noch vor 60 Jahren. Die schweren Residualzustände, die Kraepelin vor knapp 100 Jahren zu der Bezeichnung Dementia praecox veranlaßt haben, sind heute sehr selten. Die meisten Patienten, deren Persönlichkeit und Intelligenz von der Schizophrenie beeinträchtigt worden sind, sind im krankheitsfreien Intervall durchaus an ihre soziale Umgebung angepaßt. Die Aussicht auf ein folgenloses Ausheilen der Schizophrenie ist vor allem bei den akuten und den katatonen Bildern vorhanden. Außerdem verbessert sich die Prognose, wenn der Patient vor der Erkrankung gut an seine Umwelt angepaßt war, und wenn in der Krankheitsepisode das Auftreten von Grundsymptomen, ganz besonders der Affektivitätsverflachung, möglichst gering ist.

Der Verlauf der einzelnen Krankheitsepisoden wird außer der Eigengesetzlichkeit, die bei den verschiedenen Unterformen der Schizophrenien verschieden gestaltet ist, auch von der Intensität der initialen Behandlung bestimmt. Dies gilt nicht nur für die somatische Behandlung, sondern auch für die psychische Betreuung, gleich ob es sich dabei um eine Psychotherapie oder um eine therapeutische Milieugestaltung handelt. Bei den somatischen Behandlungsmethoden stehen die Neuroleptika an erster Stelle. Trotz der circa 50 %igen Chance des Auftretens extrapyramidalen Syndroms sollten sie nicht prophylaktisch mit Antiparkinsonmitteln kombiniert werden.

Die Auswahl eines einzelnen Neuroleptikums richtet sich nach dem spezifischen Wirkungsprofil dieses Präparates und nach der dominanten Symptomatik. Je nachdem, ob das therapeutische Vorgehen primär auf die Dämpfung einer psychomotorischen Erregtheit oder primär auf die Milderung psychotischer, z.B. paranoid-halluzinatorischer oder kataton-stuporöser Zustandsbilder abzielt, werden Neuroleptika mit vorrangig sedierender oder antipsychotischer Wirkung eingesetzt. Eine gewisse Sonderstellung nehmen dabei die Krankheitsbilder mit starken Affektstörungen ein. Eine depressive Symptomatik bei einer Schizophrenie kann direkt aus dem psychoti-

schen Krankheitsgeschehen entstehen. Sie kann jedoch auch durch die Neuroleptika-Therapie selbst provoziert werden und evtl. bereits durch eine Dosisreduktion oder durch das Absetzen des Medikamentes behoben werden. Eine Verordnung von stimmungsaufhellenden oder antriebssteigernden (z.B. auch bei kataton-stuporösen Bildern) Antidepressiva ist immer etwas problematisch, da sowohl trizyklische Antidepressiva (Wellhöner 1976) als auch MAO-Hemmer (Heinrich 1960) eine floride schizophrene Symptomatik provozieren können. Antidepressiva sollten deshalb nur bei chronisch depressiven oder antriebsgehemmten Patienten eingesetzt werden und auch dann nur in Kombination mit einem Neuroleptikum ("Zweizügeltherapie"). Die Neuroleptika-Antidepressiva-Kombinationstherapie wird in den USA zur Behandlung von schizoaffektiven Psychosen herangezogen. In Deutschland werden hier vor allem Neuroleptika mit antidepressiver Wirkung (z.B. Thioridazin) eingesetzt und eine Phasenprophylaxe mit Lithiumsalzen, evtl. auch mit einer Dauertherapie mit Neuroleptika versucht.

Letztlich gibt es keine echte Alternative zur Neuroleptika-Therapie, zumindest was die somatischen Behandlungsmethoden der Schizophrenie betrifft. Die Elektrokrampfbehandlung wird teilweise bei unzureichendem neuroleptischem Effekt oder bei schwersten katatonen Krankheitsbildern angewandt, aber es gibt wenige kontrollierte Studien über ihren Effekt und über die Risiken bei einer Kombination mit Neuroleptika. Die beiden pharmakologischen Behandlungsmethoden, die zuerst bei schizophrenen Patienten eingesetzt wurden (Reserpin und Insulinkoma), werden heute wegen der hohen Risiken nicht oder nur noch in Einzelfällen angewandt. Auch die neurochirurgische Behandlung von schweren Residualzuständen wird heute nur noch selter praktiziert, da solche Krankheitsbilder bei einer effektiven Neuroleptika-Behandlung ja weitgehend zu verhindern sind.

2.1.2.0 Paranoide Krankheitsbilder

Die paranoiden Krankheitsbilder (ICD 297) gleichen den schizophrenen Krankheitsbildern durch das Auftreten von Wahnvorstellungen. Jedoch liegt hier eine chronische Wahnvorstellung vor, die mit logischer, realitätsbezogener Gedankenführung aus einer ursprünglich gefaßten, falschen Idee aufgebaut wurde. Die häufigsten Wahnthemen sind wieder die Ideen von der eigenen Größe oder der Verfolgung durch andere. Besonders typische Wahnvorstellungen sind der Querulantenwahn, der Liebeswahn und der Eifersuchtswahn.

Die Wahnvorstellung wird bei paranoiden Krankheitsbildern nicht vorrangig von Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen begleitet. Die Affektivität und die Denkfunktionen sind - abgesehen vom Gebiet des Wahns - unbeeinträchtigt und adäquat. Der wichtigste Unterschied zur Schizophrenie aber ist die erhaltene Persönlichkeit und die erhaltene Intelligenz. Erst nach sehr langem Bestehen eines paranoiden Krankheitsbildes kann es zu geringfügigen Defekten kommen.

Durch die erhaltene Persönlichkeit und Intelligenz wird jedoch der therapeutische Zugriff stark erschwert. Der Patient fühlt sich nicht krank, sondern meint ganz im Gegenteil, die Behauptung, er sei krank und bedürfe einer Behandlung, wäre ein weiterer Schritt, mit dem "die anderen" ihm wieder Unrecht zufügen wollten. Er hat also weder ein Interesse an einer Behandlung noch Vertrauen zum Arzt. Unglücklicherweise aber ist gerade hier - außer der symptomatischen Gabe von Anxiolytika und dem Versuch einer Dauertherapie mit Neuroleptika in einzelnen Fällen - eine langwierige Psychotherapie die einzige Behandlungsmöglichkeit, die überhaupt Erfolg mit sich bringen kann.

2.2.0.0 Depressive Krankheitsbilder

Die depressiven Verstimmungen, worunter wir in diesem Zusammenhang sowohl die endogenen (ICD 296, ohne 296.0 und 296.2) als auch die neurotischen (ICD 300.4) und reaktiven (ICD 298.0) Depressionen verstehen, nehmen eine gewisse Sonderstellung bei den psychiatrischen Krankheitsbildern ein, da sie in weit stärkerem Maß mit normalen Stimmungsschwankungen korrelieren. Jeder Mensch ist in seinem Leben manchmal niedergeschlagen, traurig, verstimmt oder hat Zweifel am Sinn des Lebens. Diese "normale" Deprimiertheit aber steht in ihrer Stärke, ihrer Ausprägung und ihrer Dauer in einer Relation zur Ursache, die noch als adäquat bezeichnet werden kann. Die Ursache selbst muß dabei gar nicht so deutlich und eindeutig zu erkennen sein, wie es z.B. der Verlust einer nahestehenden Person oder der beruflichen, finanziellen oder häuslichen Sicherheit ist.

Die depressive Verstimmung von Krankheitswert unterscheidet sich davon durch die Mißproportion von Ursache und Folge. Bei einem Teil, den endogenen Depressionen, kann zudem erst durch die Dauer und Ausprägung der "Folge", d.h. der depressiven Symptomatik, auf das tatsächliche Fehlen einer Ursache, also den endogenen Charakter geschlossen werden. Letztlich bedeutet diese Diagnosestellung, daß unter normalen Untersuchungsbedingungen keine exogenen Faktoren, d.h. somatische oder psychische Streßsituationen festgestellt werden können, die eine solche Ausprägung der depressiven Symptomatik plausibel erscheinen ließen. Die psychogenen Streßsituationen entstehen wiederum aus einem Mißverhältnis, diesmal zwischen der Persönlichkeit des nunmehr Kranken und den Aufgaben, die die Konfrontation mit der Außenwelt an ihn stellt und die er nicht zu lösen vermag. Während bei der neurotischen Depression die Ursache dieses Scheiterns weniger in dem Übermaß von äußeren Umständen liegt, können diese bei der reaktiven Depression einen massiv traumatischen Charakter, damit aber auch eine zeitliche Begrenztheit haben.

Zusätzlich zu diesen quantitativen Kriterien (wie lange, wie stark, wie ausgeprägt in Relation zum Anlaß) unterscheiden sich die krankhaften und die "normalen" depressiven Verstimmungen auch in ihrem Charakter. Statt Traurigkeit empfindet der depressiv Kranke eher eine Gedrücktheit, eine Leere, eine Unfähigkeit, Gefühle zu erleben. Die Lebendigkeit, die mit jedem, auch einem unangenehmen Gefühl verbunden ist, erreicht ihn nicht mehr. Er zieht sich von allen Bezugspunkten seiner bisherigen Welt, auch von denen, die zuvor sehr stark und sehr positiv erlebt wurden, in einen Kokon zurück, in dem nur er, seine Gefühle und seine Vergangenheit existieren. Diese s e i n e Welt wird geprägt von existentieller Angst, von typischen, manchmal sogar wahnhaften Ängsten um Schuld, Strafe, Krankheit und Verarmung. Die Art und die Themen dieser Angstvorstellungen zeigen auch den weniger egoistischen als autistischen Charakter dieser Welt, die in bedrückend kleinen Kreisen sich nur um den Kranken dreht. Der Verlust der zeitlichen Bezüge zu Gegenwart und Zukunft gibt dieser Welt einen typischen statischen und un-dynamischen Charakter, was vom Kranken durch den Verlust der Möglichkeit zu Änderungen, zur Wiedergutmachung seiner "Fehler" als sehr quälend empfunden wird, unter Umständen sogar als so quälend, daß er meint, nur durch den Suizid seine "Fehler" sühnen zu können. Auch die psychotischen Symptome, die im Rahmen von Mischpsychosen auftreten, haben eine geringere Dynamik als bei Schizophrenien. Der fehlenden Bewegung und Beweglichkeit im geistigen und gefühlsmäßigen Sektor entspricht eine Verminderung im Gebiet der Psychomotorik. Der Antrieb ist meistens nicht nur objektiv herabgesetzt, sondern der Patient selbst fühlt sich auch durch den Kokon der depressiven Verstimmung gefesselt.

Dieses stationäre Bild der depressiven Verstimmung - die kleine Welt, die unablässig nur um sich selbst d.h. den Kranken kreist - zeigt nur geringe Unterschiede zwischen den einzelnen Kranken, ja sogar zwischen völlig verschiedenen sozialen und kulturellen Gruppen. Auch die Veränderung, die die Geschichte im Laufe der Jahrhunderte für die Lebens- und Denkensart bewirkt hat, hatte

darauf einen geringen Einfluß, abgesehen von einer gewissen Säkularisierung in der Schuldthematik (Versagens- und Unzulänglichkeitsgefühle statt Todsünde).

Die diagnostischen Schwierigkeiten ergeben sich aber auch bei diesen qualitativen Besonderheiten der depressiven Verstimmungen in denjenigen Fällen, bei denen die Symptomatik weniger ausgeprägt oder weniger typisch ist. Eine Fülle von Symptomen, auch somatischer Art, können Ausdruck einer Depression sein. Noch ausgeprägter, als dies für Schizophrenien gilt, gibt es hier keine Symptome, die zur Diagnosestellung nötig und ausreichend sind. Die Symptome, die noch am ehesten solchen Kardinalsymptomen gleichkommen, sind die Antriebsarmut und -hemmung, das fehlende Interesse an der Umwelt und die Unfähigkeit, Freude zu erleben; jedoch reicht keines dieser Symptome für sich allein zur Diagnosestellung aus.

Besonders bei den altersmäßigen Randgruppen zeigt sich oft eine sehr atypische Symptomatik. Bei älteren Patienten, deren Depressionen in einem höheren Prozentsatz der Fälle mit Streßsituationen in Verbindung gebracht werden können, die sie verursacht, getriggert oder auch nur zufällig begleitet haben könnten, zeigen sich diese depressiven Verstimmungen häufiger in den motorisch unruhigen, agitierten oder in den larvierten Formen. Außerdem kann ein sekundäres organisches Psychosyndrom das Bild einer Demenz vortäuschen. Bei Kindern dagegen äußert sich die Depression vor allem in - je nach Alter - teilweise irreversiblen Entwicklungsstörungen und Verhaltensstörungen. Das typische depressive Krankheitsbild, wie es sich bei Erwachsenen zeigt, tritt in der Regel erst bei älteren Schulkindern und Jugendlichen auf. Gerade bei diesen atypischen Bildern ist also die klinische Erfahrung oft die einzige Möglichkeit, die einzelnen Symptome auf ihren Zusammenhang hin zu erkennen und in einer Diagnose zusammenzuschließen.

Die Behandlung eines depressiven Krankheitsbildes besteht aus Psycho- und Somatotherapie, deren Verhältnis zueinander je nach

den auslösenden Faktoren und nach dem psychopathologischen Befund variabel ist. Die somatischen Therapiemöglichkeiten umfassen bi-, tri- und tetrazyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer, die Lithiumprophylaxe und die Elektrokrampftherapie. In der Regel sollten mindestens zwei trizyklische Antidepressiva versucht werden, bevor MAO-Hemmer oder die Elektrokrampftherapie zum Einsatz kommen. Die Auswahl des einzelnen Antidepressivums hängt von der primär zu behandelnden Symptomatik ab, da die Wirkung der Antidepressiva sich in unterschiedlichem Maße aus einer antriebsdämpfenden, antriebssteigernden und stimmungsaufhellenden Komponente zusammensetzt (Drei-Komponentenschema von Kielholz, 1971). Der Einsatz von MAO-Hemmern ohne vorhergehende Therapieversuche mit trizyklischen Antidepressiva sollte nur erwogen werden, wenn der Patient in einer früheren Krankheitsperiode gut darauf angesprochen hat.

Neuroleptika können auch bei depressiven Krankheitsbildern eingesetzt werden. Hier werden sie vor allem zur Dämpfung starker Erregungsstände oder bei starker Suizidalität verordnet. Dabei kann ein Neuroleptikum mit eigener antidepressiver Wirkung gewählt werden. Leichtere Erregungszustände können jedoch auch durch Schlafentzug behandelt werden.

Die Elektrokrampfbehandlung wird vor allem bei akuter suizidaler Gefährdung des Patienten und bei depressiven Schwangeren eingesetzt, da eine mögliche teratogene Wirkung der Antidepressiva noch nicht sicher ausgeschlossen wurde. Eine Lithiumprophylaxe kommt bei depressiven Krankheitsbildern im Rahmen einer unipolaren oder bipolaren affektiven Psychose nach mehreren Krankheitsphasen zur Anwendung. Besonders bei rascher Phasenfolge hat sich gezeigt, daß Rezidive seltener, kürzer und leichter werden. Das Risiko und damit die vertretbare Anwendung sind allerdings eng mit der Kooperativität des Patienten und der Möglichkeit einer engmaschigen ärztlichen Kontrolle verknüpft.

2.3.0.0 Manische Krankheitsbilder

Das Gegenstück, wenn auch nicht das Spiegelbild zu den depressiven Krankheitsbildern sind die manischen Krankheitsbilder (ICD 296.0 und 296.2). Bei den Cyclothymien kann es zum Auftreten von Krankheitsepisoden einer Art ausschließlich kommen, aber auch zu einer Kombination von beiden Arten in unterschiedlichen Verhältnissen. Außerdem können beide Verstimmungsbilder innerhalb einer Krankheitsepisode auftreten: die depressive Stimmungslage kann in eine manische umschlagen oder umgekehrt. Insgesamt sind manische, vor allem ausschließlich manische Krankheitsbilder jedoch seltener als depressive und haben auch eine kürzere durchschnittliche Dauer.

Die Manie wird in erster Linie durch die gehobene Stimmung, den gesteigerten Antrieb und die Ideenflucht gekennzeichnet. Die gehobene Stimmung, d.h. der Überschuß an Affekt kann sich als Heiterkeit und Ausgelassenheit, aber auch als Gereiztheit und Aggressivität äußern. In jedem Fall besteht eine Instabilität und Irritabilität der Stimmungslage, z.B. kann eine beschwingte Stimmungslage blitzartig in massiven Ärger umschlagen, wenn die Ideen des Manikers auf Ablehnung stoßen.

Dies ist insbesondere ein Problem, da der Kranke durch die Steigerung und Enthemmung des Antriebs für seine Umwelt oft schwer zu ertragen ist, selbst wenn diese Enthemmung noch keine massive Aufdringlichkeit z.B. sexueller Art bedingt. Der Maniker hat eine unermüdliche Energie und Betriebsamkeit, die von einem nahezu pausenlosen Redefluß und starker motorischer Unruhe begleitet ist. Dabei führt er in der Regel keinen der Gedanken oder Pläne, die er mit großer Energie aufgenommen hat, bis zum Ende durch, da er inzwischen durch andere Einfälle abgelenkt wird. Die Denk- und Merkfähigkeit sowie das Bewußtsein bleiben jedoch unbeeinträchtigt. Sie werden sogar vom Patienten selber als besonders aktiv und rege empfunden.

Dieses unproportionale Empfinden von der eigenen Intelligenz bedingt zusammen mit der Antriebssteigerung ein gesteigertes Selbstwertgefühl des Patienten. Die Selbstüberschätzung des Manikers gleicht aber nur teilweise dem Größenwahn eines Schizophrenen, da die jeweiligen "Wahn" inhalte weniger persistent sind. Auch durch die Antriebssteigerung, den Verlust von Hemmungen, den Verlust von Selbstkontrolle und Realitätsbezug gleicht der manische Kranke teilweise dem schizophrenen Kranken, jedoch tritt bei der Manie keine Störung im Identitätsempfinden auf. Es kann allerdings während einer manischen Krankheitsperiode auch zum Auftreten von paranoiden, halluzinatorischen und sogar katatonen Symptomen kommen, also eigentlich typischen Merkmalen einer schizophrenen Psychose. Bei diesen Fällen ist die diagnostische Abgrenzung zur schizoaffektiven Psychose oft schwer.

Während der manischen Phase selbst fühlt sich der Patient meist überdurchschnittlich wohl, gesund und leistungsfähig. Dementsprechend fehlt ihm die Einsicht, daß eine psychiatrische Behandlung notwendig ist. Das kann zu Schwierigkeiten führen, da wegen der Schädigung der eigenen (vor allem geschäftlichen) Interessen oder wegen der Störung oder Gefährdung anderer Personen meist sogar eine stationäre Behandlung nötig ist.

Die Therapie besteht auf psychotherapeutischer Seite nur aus einer reizabschirmenden Milieugestaltung. Eine konkrete Psychotherapie kann höchstens nach dem Krankheitsgeschehen zur Aufdeckung von krankheitsprovokierenden Faktoren und Situationen versucht werden. Während der manischen Episode hat sie wegen der völligen Abwesenheit einer Krankheitseinsicht keine Aussicht auf Erfolg. Die Somatotherapie der Manie setzt sich aus der Neuroleptika-Behandlung des akuten manischen Krankheitsbildes und aus der prophylaktischen Gabe von Lithiumsalzen zusammen, die noch effektiver als bei den depressiven Krankheitsphasen von Cyclothymien die Häufigkeit, Heftigkeit und Dauer von Rezidiven verringert.

2.4.0.0 Neurotische Krankheitsbilder

Neurosen (ICD 300) sind Krankheiten, die durch unbewältigte Konflikte mehrerer widersprüchlicher Triebimpulse im Individuum selbst entstehen. Die Konfliktsituation ist kein einmaliges Ereignis, sondern reicht mit ihren Wurzeln in die frühkindlichen Entwicklungsphasen zurück. Die Manifestation der Erkrankung wird jedoch in der Regel durch eine konkrete äußere Belastung, die den Konflikt anrührt, ausgelöst. Neben diesen zufallsbedingten Ursachen begünstigen auch einige "schicksalshafte" Umstände die Entwicklung einer Neurose, z.B. können genetische Faktoren und hirnorganische Schädigungen die Bereitschaft, Konflikte im Sinne einer neurotischen Fehlentwicklung zu verarbeiten, erhöhen.

Der Kern der Neurosenentwicklung liegt trotz der starken Beeinflussung durch die gesellschaftlichen Verhältnisse und die soziale Umwelt des Einzelnen jedoch im Individuum und seinen psychischen Entwicklungsprozessen. Das Bild der Neurose gestaltet sich je nach Art der Konfliktsituation und der zu Grunde liegenden Persönlichkeitsstruktur. Dennoch bedeutet die häufige namentliche Parallele zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen und den einzelnen Neuroseformen in erster Linie eine Ähnlichkeit in der grundlegenden Charakteristik und nicht unbedingt eine kausale Verknüpfung der beiden Begriffe. Das heißt, daß z.B. eine hysterische Persönlichkeit bei einer neurotischen Konfliktlösung zwar häufig, aber keineswegs immer eine hysterische Neurose entwickelt. Die Zahlenangaben über diese Zusammenhänge sind allerdings gerade bei den hysterischen Formen teilweise widersprüchlich.

Die Symptomatik der diversen Neurosen ist keineswegs pathognomonisch. Die meisten Symptome, die im Rahmen von neurotischen Fehlhaltungen auftreten, kommen auch bei anderen psychiatrischen, z.T. auch bei neurologischen oder internistischen Krankheiten vor.

Der Unterschied besteht darin, daß die einzelnen Symptomkomplexe die primäre, dominierende Symptomatik der Krankheit Neurose bilden, und daß vor allem die für Psychosen typischen Veränderungen und Einbußen im Identitätsbewußtsein und -empfinden fehlen.

Die langdauernde Entwicklung bis zur manifesten Neurose bestimmt auch ihren weiteren Verlauf. Die meisten Neurosen neigen zu einer chronischen Verlaufsform und sind therapeutisch schwer zu beeinflussen. Eine adäquate Behandlungsmöglichkeit besteht letztlich nur in der psychotherapeutischen Aufhellung der zu Grunde liegenden Konfliktsituation und ihrer Lösung. Jedoch kann eine so aufwendige und einschneidende Maßnahme nicht nur in manchen Fällen unnötig sein, sondern sie ist auch nicht für jede Neurose mit ihrer speziellen Konfliktsituation oder für jeden Patienten geeignet. Eine psychoanalytische Behandlung ist vor allem dann indiziert, wenn das neurotische Krankheitsbild relativ akut auftrat, wenn die Problematik möglichst eng begrenzt und mehr von äußeren als von persönlichkeitsbezogenen Faktoren bedingt ist, und wenn der Patient aus einer stabilen Lebenssituation kommt, zu guten zwischenmenschlichen Kontakten (z.B. auch zum Therapeuten) fähig ist und sowohl eine genügend stabile Affektivität als auch eine genügend hohe und flexible Intelligenz besitzt, um die aufgedeckten Konflikte zu sehen und zu verarbeiten.

In der Mehrzahl der Fälle kommen jedoch vergleichsweise oberflächlichere Formen der Psychotherapie zur Anwendung, die in erster Linie darauf abzielen, daß der Patient ohne grobe Beeinträchtigung sein Leben führen kann. Einen ähnlichen Zweck erfüllen auch verhaltenstherapeutische Maßnahmen und Anleitungen zu Entspannungsübungen und Selbsthypnose, die die Überwindung einer konkreten konfliktauslösenden Situation erleichtern sollen. Die Auswahl einer bestimmten Therapieform richtet sich in erster Linie nach der grundlegenden Persönlichkeitsstruktur und Konfliktsituation, nicht nach dem Erscheinungsbild der neurotischen Fehlhaltung.

Entsprechend der vielfältigen Gestalt und dem entwicklungsmäßigen Charakter der Neurosen gibt es für sie keine direkten somatischen Therapiemöglichkeiten. Der Einsatz von Medikamenten - z.B. Tranquilizer, evtl. sogar sedierende Neuroleptika bei Angstsymptomatik, Antidepressiva bei depressiven Neurosen oder Neuroleptika mit antidepressiver Wirkung bei reaktiven d.h. Erschöpfungsdepressionen (s. 2.2.0.0) - erfolgt nur zur Milderung von besonders ausgeprägten Symptomen, die den Patienten stark beeinträchtigen oder sogar gefährden können. Bei besonders stark ausgeprägten, andauernden und therapieresistenten Krankheitsbildern, z.B. einer Zwangsneurose, kann in Einzelfällen sogar ein neurochirurgischer Eingriff indiziert sein.

2.4.1.0 Angstneurosen

Die pathologische Angst unterscheidet sich von der Furcht des psychisch Gesunden durch den fehlenden oder inadäquaten angstauslösenden äußeren Reiz und durch den überwältigenden Panikcharakter des Angstgefühls, das durch das rahmensprengende Ausmaß eine unwirkliche, alptraumartige Qualität bekommt. Bei psychiatrischen Patienten ist Angst ein sehr häufig auftretendes Symptom. Es tritt bei vielen Psychosen und in unterschiedlichem Ausmaß bei allen Neurosen auf. Letztlich ist es das Moment der Angst, durch das sich die psychische Störung als Neurose und nicht als Persönlichkeitsstörung äußert. Wenn jedoch die ängstliche Verstimmung das primäre Symptom einer neurotischen Fehlhaltung ist, spricht man von einer Angstneurose.

Das Objekt der Angst ist bei einer Angstneurose meist nicht erkennbar. In manchen Fällen kann sich die Angst auf eine bestimmte Thematik beschränken (z.B. Herzneurose), aber meist ist die Angst unbestimmt und unfaßbar. Dies kann sich in einer nervösen, gereizten Anspannung äußern oder in panikartiger Überflutung durch

die Angst, die sich, entweder spontan oder durch einen konflikt-nahen Stimulus ausgelöst, meist aus einer chronischen Angstsituation heraus entwickelt.

Nach der psychoanalytischen Theorie entsteht die neurotische Angst, wenn eine Konfliktsituation, d.h. eine Störung des inneren Gleichgewichtes, nicht auf gesunde Weise verarbeitet werden kann und auch nicht (nicht mehr) durch Abwehrmechanismen unter Kontrolle gehalten werden kann. Mit dem allmählichen oder plötzlichen Zusammenbruch der Abwehrmechanismen, ganz besonders der Verdrängung, kommen die Urängste des Menschen zum Vorschein, die je nach Art des Konfliktes die Gestalt der resultierenden Angst beeinflussen. Dennoch richtet sich die Diagnose Angstneurose nur nach dem vorherrschenden Symptom Angst und unterscheidet nicht zwischen den unterschiedlichen Konfliktsituationen.

2.4.2.0 Phobien

Bei der Phobie ist die Situation der Angstneurose sowohl vom Objekt der Angst als auch vom psychodynamischen Aspekt her eingeschränkt. Die Angst ist hier auf eine Situation oder Sache beschränkt, die der Patient rationell als ungefährlich erkennt, die aber dennoch unweigerlich bei konkreter oder evtl. auch gedanklicher Konfrontation eine überwältigende Angstreaktion auslöst. Die zu Grunde liegende Konfliktsituation rührt nach psychoanalytischer Theorie von einer Fehlentwicklung in der ödipalen Entwicklungsphase her. Die Furcht vor dem sexuellen Triebimpuls, der mit einer inzestuösen Komponente behaftet bleibt, wird auf ein anderes, konkreteres Objekt verschoben.

Trotz der begrenzten Konfliktsituation eignen sich Patienten mit einer Phobie in der Regel nicht für die analytische Psychotherapie. Hier kommen vor allem verhaltenstherapeutische Verfahren zur

Anwendung, die durch gezielte Entspannungsmaßnahmen die Angstreaktion mildern sollen. Außerdem können auch Desensibilisierungsverfahren angewandt werden, die den Patienten durch die Konfrontation mit dem angstausslösenden Reiz entweder in ansteigender Intensität oder gleich in voller Intensität (Reizüberflutung) an diesen Reiz gewöhnen.

2.4.3.0 Konversionsneurosen

Die Konversionsneurose ist eine hysterische Reaktionsform, die seelische Störungen zu körperlichen Störungen umkehrt. Für diese Neuroseform herrschen teilweise recht gegensätzliche Meinungen über ihre Häufigkeitsverteilung, sowohl was den Bezug zur Persönlichkeitsstruktur und zum Geschlecht des Patienten betrifft, als auch was die Veränderungen des Erscheinungsbildes im Laufe der Zeit betrifft. Die Manifestation der Konversionshysterie wird oft durch äußere Streßfaktoren provoziert; mit zunehmender Chronifizierung der Krankheit nimmt die willkürliche Provozierbarkeit erst zu und dann, wenn sich die Reaktion automatisiert hat und damit eine willkürliche Auslösung nicht mehr nötig ist, wieder ab.

Die scheinbaren somatischen Störungen, die bei einer Konversionshysterie auftreten können, beziehen sich vor allem auf die willkürliche Motorik und auf das Sensorium. Im Bereich der Willkürmotorik können abnorme Bewegungen (z.B. Tic, Tremor und auch Krampfanfälle) auftreten und andererseits Paresen angegeben werden. Wie alle Beschwerdebilder lassen sich diese Befunde neurologisch nicht erklären. Besonders augenfällig ist die Diskrepanz zwischen den angegebenen Störungen und der Neurophysiologie bei Paresen und den häufig geäußerten Anästhesien, die sich nicht mit den Innervationsgebieten von einzelnen Nerven oder Nervensträngen in Einklang bringen lassen. Diese Diskrepanz zeigt sich auch bei den scheinbaren Funktionsverlusten des Gesichtssinnes, des Gehör- und/oder

Gleichgewichtssinnes und des Geruchs- und Geschmackssinnes. Der Nachweis erfordert z.T. komplizierte neurologische Untersuchungsmethoden. Es kann jedoch nachgewiesen werden, daß die Reizung des Sinnesorgans selbst fehlerfrei erfolgt und weitergeleitet wird, aber von den übergeordneten Hirnstrukturen nicht registriert wird. Da dies nicht bewußt geschieht, handelt es sich nicht um eine Simulation.

Eine andere Störung des Sensoriums, die sehr häufig angegeben wird, ist der Schmerz, der im Gegensatz zu den sonst eher peripher angesiedelten Störungen vor allem im Rumpfbereich, besonders im Abdomen empfunden wird. Dieses Bild der Konversionshysterie wie auch die Nachbildung von somatischen Krankheiten, die aus der eigenen Anamnese oder der von nahestehenden Personen (besonders, wenn sie an dieser Krankheit gestorben sind) übernommen werden, sind heute die häufigsten Ausdrucksformen der Konversionsneurose. Sie haben die klassischen sensomotorischen Störungen wie Paresen, Anästhesien und Krämpfe weit zurückgedrängt.

Trotz des teilweise dramatischen Charakters der Beschwerden fühlt sich der Patient psychisch davon nicht beeinträchtigt. Diese "belle indifférence" bezieht sich jedoch nur auf das geäußerte somatische Symptom, nicht unbedingt auch auf die zusätzliche neurotische Angst oder generell auf seine Person. Der primäre und der sekundäre Krankheitsgewinn, den die neurotische Fehlhaltung mit sich bringt, ist bei der Konversionshysterie besonders deutlich und macht dem Patienten den Willen zu einer Therapie sehr schwer.

Der zu Grunde liegende Konflikt besteht ähnlich wie bei der Phobie in der inzestuösen Komponente, die dem sexuellen Trieb durch eine Störung in der ödipalen Phase geblieben ist. Hier allerdings wird der Trieb verdrängt, und die freiwerdende Triebenergie äußert sich als hysterisches Symptom. Ein weiterer Konflikt, dessen "Lösung" den sekundären Krankheitsgewinn verstärkt, ist

die Diskrepanz zwischen dem starken und unabhängigen Selbstbild des Patienten und dem Wunsch nach einem passiven, behüteten und umsorgten Leben, den er durch seine Krankheit verwirklichen kann.

2.4.4.0 Dissoziative hysterische Neurosen

Eine andere, wenn auch seltenere Möglichkeit der hysterischen Reaktionsform besteht in einer weitgehenden Abtrennung der eigenen Person und Identität von der bewußten Wahrnehmung. Diese extreme Form der Verdrängung kann sich in Bildern zeigen, die neurologischen und psychotischen Krankheitsbildern sehr ähnlich sind, z.B. als psychogener (evtl. erregter) Dämmerzustand, als Amnesie, als epilepsieähnlicher Absencenstatus, als Trance oder als Nebeneinander mehrerer vollständiger und oft konträrer Persönlichkeitsstrukturen. Gerade bei dem letzten Bild wird die komplette Verdrängung des eigenen und eigentlichen Ichs zusammen mit den darin enthaltenen angstauslösenden Erinnerungen und Reizen zu Gunsten eines momentan weniger belasteten und belastenden Pseudo-Ichs deutlich. Es handelt sich dabei jedoch nicht um eine Störung des Ich-Empfindens im Sinne einer schizophrenen Ich-Störung, sondern sozusagen um einen psychischen Totstellreflex als maximalen Abwehrmechanismus. Das eigentliche Ich ist immer vorhanden, aber dieses Wissen, diese Information wird - möglicherweise ähnlich wie z.B. bei der psychogenen Taubheit - nicht registriert.

2.4.5.0 Entfremdungssyndrome

Als Entfremdungserlebnisse werden Situationen bezeichnet, in denen die Selbstverständlichkeit und die Lebendigkeit im Erleben des Ichs und der Außenwelt gestört oder verloren ist. Bekanntes scheint fremd, z.T. auch befremdlich zu sein oder umgekehrt (wenn man unter den Begriff auch die Déjà-vu-Erlebnisse miteinbezieht).

Solche Erlebnisse sind sehr häufig. Sie können beim psychisch Gesunden und beim neurotischen oder psychotischen Patienten auftreten. Die neurotische Entfremdungssymptomatik unterscheidet sich von der schizophrenen durch das fehlende Gefühl einer Fremdbeeinflussung und von normalen Entfremdungserlebnissen durch eine unterschiedliche Qualität, durch einen unterschiedlichen Verlauf und die neurotische Angst. Diese entsteht auf tiefenpsychologischer Ebene durch die Ich-Verleugnung als Abwehr verbotener Triebimpulse.

Entfremdungserlebnisse kommen bei vielen und unterschiedlichen neurotischen Fehlhaltungen vor. Als vorherrschende, primäre Symptomatik (d.h. als Depersonalisationsneurose) sind sie jedoch relativ selten. Deshalb ist hier der differentialdiagnostische Ausschluß nicht nur von anderen psychiatrischen Krankheitsbildern, sondern auch eines Drogenmißbrauchs (z.B. LSD) oder einer hirnorganischen Krankheit wichtig.

2.4.6.0 Zwangsneurosen

Es gibt Zwangsphänomene, die besonders bei anankastischen Persönlichkeitsstrukturen auch auftreten können, ohne daß eine Neurose vorliegt. Der Umstand, daß sich Denkinhalte oder Handlungsimpulse, die als unsinnig erkannt und vor allem als ich-fremd empfunden werden, aufdrängen, ist noch nicht pathologisch, auch wenn daraus extreme Pedanterie oder ritualhaft fixierte Gewohnheiten entstehen. Erst, wenn der Versuch, diesen Impuls zu unterdrücken oder ihm zu widerstehen, Angst auslöst, liegt eine neurotische Fehlhaltung vor.

Der Unterschied vom "normalen" zum pathologischen Zwangsimpuls liegt also weniger im Inhalt als in der Intensität, in der Dominanz und in der Tendenz zur Ausbreitung des Zwanges. Bei den Inhalten der Zwangsimpulse tauchen besonders häufig die Themen Aggression sowie Schmutz und Ordnung auf. Damit stellt sich ein Bezug

zur psychoanalytischen Theorie her, die den grundlegenden Konflikt in einer Störung sieht, die entweder direkt in der analen Phase liegt oder durch Verdrängung und Regression aus der ödipalen in die anale Entwicklungsphase verlegt und dort fixiert wurde.

Die Zwangsneurose manifestiert sich meistens nach einem Schlüssel-erlebnis und tendiert zu einer chronischen Verlaufsform, evtl. mit gelegentlichen Besserungen. Die Patienten leiden sehr unter dieser Neuroseform, denn der neurotischen Angst, die bei der Verweigerung des Zwangsimpulses entsteht, steht die Angst gegenüber, durch den Vollzug des Zwangsimpulses dem eigenen Gewissen, dem Wohlbefinden von sich oder anderen oder der eigenen sozialen Position Schaden zuzufügen. Da die Einsicht in die Unsinnigkeit der Handlung von vornherein vorhanden ist, und die zu Grunde liegende anankastische Persönlichkeitsstruktur eine psychoanalytische Aufdeckung des kausalen Konfliktes oder gar eine Lösung dieses Konfliktes nahezu unmöglich macht, kommen hier vor allem verhaltenstherapeutische Verfahren zur Anwendung, die teilweise auch nur eine vorübergehende Besserung oder eine Pause in der Progredienz des Verlaufs bewirken können. Bei Versagen der Psychotherapie können schwere Zwangssyndrome mit einer länger dauernden Therapie hochdosierter Neuroleptika behandelt werden. Einige dieser Patienten sprechen besser auf Antidepressiva oder eine Neuroleptika-Antidepressiva-Kombination an (Lopez-Ibor, Lopez-Ibor, 1974).

2.4.7.0 Hypochondrische Neurosen

Bei der hypochondrischen Neurose hat der Patient die unerschütterliche, aber unbegründete Überzeugung, körperlich krank zu sein. Es handelt sich dabei jedoch nicht um einen Wahn, da der Patient z.B. sehr flexibel darin ist, seine angebliche somatische Krankheit, die er wortreich und dramatisch schildert, den realen, sich wandelnden Gegebenheiten anzupassen. Im Gegensatz zu den scheinbaren Krank-

heitsbildern der Konversionshysterie liegen keine konkreten Funktionseinbußen und keine "belle indifférence" vor.

Es gibt keine Persönlichkeitsstruktur, die besonders zur Entwicklung einer hypochondrischen Neurose neigt. Sie entsteht allmählich durch eine Verstärkung der narzißtischen Libido auf Kosten der Objekt-Liebe. Dieser Prozeß wird immer stärker und führt zu einem chronisch-progredienten Verlauf, der nahezu jeder Therapiemöglichkeit gegenüber resistent bleibt.

2.4.8.0 Psychovegetative Erschöpfungssyndrome

Das psychovegetative Erschöpfungssyndrom äußert sich in einem Zustand starker und chronischer Abgespanntheit und Leistungsverminderung, der von Reizbarkeit und vegetativen Symptomen begleitet wird. Dieser Zustand entwickelt sich nach einer unphysiologischen Dauerbeanspruchung entweder - als mehr reaktives Bild - durch konkrete äußere Belastungssituationen oder - als mehr neurotisches Bild - durch Überanstrengung der psychischen Schutz- und Abwehrmechanismen. Je nach Ausprägung dieser beiden Aspekte gestalten sich Verlauf, Prognose und Therapie. In den meisten Fällen reicht es, wenn der Patient weitere Überlastungen meidet und sich erholt.

2.5.0.0 Organisch bedingte Krankheitsbilder

Die Ausdrucksmöglichkeiten des Gehirns, auf eine organische Schädigung zu reagieren, sind relativ begrenzt. Das entscheidende Kriterium für die Gestalt der daraus resultierenden hirnnorganischen Krankheitsbilder (ICD 290-294) ist dabei weniger die Art der Schädigung, d.h. die Ätiologie, sondern in erster Linie ihre Intensität und Dauer, d.h. ob es sich um eine akute oder chronische Schädigung handelt. In zweiter Linie hängt das Erscheinungsbild der Erkrankung von der zu Grunde liegenden Persönlichkeitsstruktur und vom Schweregrad der Schädigung ab, wobei eine individuelle (z.B. eine frühere hirntraumatische Schädigung) oder eine familiäre Prädisposition vorliegen kann.

Die Nomenklatur für die diversen hirnnorganischen Krankheitsbilder ist sehr vielfältig und oft ungenau und verwirrend. Heute sind vor allem zwei Begriffe im Gebrauch: das organische Psychosyndrom bei chronischer diffuser Schädigung und die symptomatische Psychose bei akuter Schädigung. Eine gewisse Sonderstellung nehmen hirnlokale Erkrankungen und heredo-degenerative Erkrankungen ein, die sich durch lokalisationsabhängige Eigenheiten in ihrer Symptomatik sowie durch Besonderheiten im Verlauf unterscheiden.

Die Diagnosebezeichnung "symptomatische Psychose" faßt alle Krankheitsbilder zusammen, die durch eine akute hirnnorganische Schädigung entstehen. Diese Schädigung kann eine Erkrankung des Gehirns selbst sein, sie kann aber auch durch fast jede allgemein-körperliche Krankheit verursacht sein, wobei Infektionskrankheiten und Intoxikationen besonders häufige Ursachen sind.

Das Kardinalsymptom der symptomatischen Psychosen ist die Bewußtseinsstörung, die sich als Bewußtseinstrübung oder als Bewußtseinsverschiebung äußern kann. Eine Bewußtseinstrübung kann von

einer leichten und flüchtigen Benommenheit bis hin zum Koma reichen. Bei den einzelnen Syndromen, die von den verschiedenen Autoren mit unterschiedlichen Schwerpunkten in der Symptomatik beschrieben werden, tritt die Bewußtseinsstörung zusammen mit anderen Symptomen auf. Dazu gehören Denkstörungen in inkohärenter, jedoch im Gegensatz zu Schizophrenien perseverierender Art und Orientierungsstörungen mit teilweise wahnhafter Verkennung der Umwelt. Häufig kommt es zu einer gestörten Affektivität, die sich vorrangig als Ratlosigkeit, Deprimiertheit oder Dysphorie, jedoch auch als Euphorie äußern kann; diese ist oft mit einer psychomotorischen Erregung im Sinne einer Beschäftigungsunruhe kombiniert. Vor allem beim Delir treten auch Sinnestäuschungen auf, darunter auch echte Halluzinationen vor allem optischer Art. Außerdem können vegetative und neurologische Symptome auftreten, worunter man auch die epileptiformen Krampfanfälle zählen kann, die vor allem bei Kindern als hirnorganische Reaktionsform auf besonders heftige und plötzliche exogene Noxen auftreten.

Eine Bewußtseinsstörung ganz anderer Art zeigt sich bei den Dämmerzuständen, die im Zusammenhang mit zerebralen Krampfanfällen und mit pathologischen Rauschzuständen stehen. Beim Dämmerzustand sind die Bewußtseins- und Orientierungsstörungen weniger sichtbar. Der Patient bewegt sich scheinbar besonnen (nicht benommen) in einem traumwandlerischen Zustand, der emotional jedoch von seiner anderen, traumhaften Welt beeinflußt wird. Dabei kann es aus einem ruhigen, versponnenen Zustand mit oft stereotyp-rhythmischer Motorik heraus ausbruchsartig zu teilweise aggressiven Handlungen kommen.

Bei allen symptomatischen Psychosen besteht nach Abklingen der Erscheinungen eine weitgehend vollständige Amnesie für die Krankheitsdauer. Oft bleibt für längere Zeit eine hyperästhetisch-emotionale Schwäche zurück, die sich in einer Affektlabilität, einer Überempfindlichkeit gegenüber Reizen nahezu jeder Art und in verschiedenen, oft dominanten vegetativen Symptomen ausdrückt.

Die dominierende Symptomatik einer symptomatischen Psychose kann bei verschiedenen Patienten sehr unterschiedlich sein. Bei einem einzelnen Patienten jedoch ist sie immer gleich. Dies spricht für eine Abhängigkeit der Symptomatik von einer individuell empfindlicheren Hirnstruktur und gegen eine Beziehung zwischen Ätiologie und Symptomatik.

Das zweite große Erscheinungsbild der hirnorganischen Krankheiten, das organische Psychosyndrom (Demenz), entsteht durch eine chronische und weitgehend diffuse Schädigung der Hirnsubstanz. Diese hirnatrophischen Prozesse können durch spezielle, teils genetisch bedingte Krankheiten verursacht sein; die häufigsten Ursachen sind jedoch toxische Schädigungen und eine altersbedingte Degeneration der Hirnsubstanz. Ein weitgehend ähnliches Bild kann sich auch als Residualzustand nach schweren traumatischen, toxischen und entzündlichen Schädigungen des Gehirns entwickeln.

Beim organischen Psychosyndrom ist die gesamte Persönlichkeit betroffen. Zuerst gehen die höheren, differenzierteren Leistungen, z.B. Takt, Toleranz, und andererseits die intelligente, logische Koordination zu Grunde; später gehen auch die weniger feinen, weniger differenzierten Komponenten der Persönlichkeitsstruktur und der Intelligenz verloren.

Das erste Anzeichen dieses Zustandes ist in der Regel der Verlust des Gedächtnisses. Zuerst kann sich der Patient nicht mehr an Informationen aus der neueren Zeit erinnern, später leidet auch das Erinnerungsvermögen an weiter zurückliegende Geschehnisse. Das Symptom des Gedächtnisverlustes ist dasjenige, das der Patient selbst am deutlichsten spürt und unter dem er am meisten leidet.

Mit dem Verlust an verfügbaren "Daten" geht auch die Möglichkeit zurück, Daten zu koordinieren, d.h. intelligente, logische Denkleistungen zu vollbringen. Die Unfähigkeit, Fakten einem bestimmten System (z.B. dem Zeitsystem) zuzuordnen, läßt nicht mehr die

Möglichkeit zu einer Orientierung in diesem System zu. Es entstehen Lücken, die frei und ohne Rücksicht auf logische Zusammenhänge durch Konfabulationen gedeckt werden.

Gleichzeitig bestehen auch zunehmende Störungen in der Affektivität und im Antrieb. Die meisten Patienten sind mürrisch und passiv. Insgesamt ist das emotionale Erleben nivelliert; selbst die selteneren euphorischen Krankheitsbilder sehen flacher als beispielsweise eine Manie aus. Aus dieser flachen Affektivität können jedoch unkoordinierte Emotionen ausbrechen; besonders häufig sind hier unkontrollierte Wutausbrüche. Auf dem Gebiet des Antriebs und der Psychomotorik liegen die Verhältnisse ähnlich. Sie sind im allgemeinen verringert, jedoch gibt es Ausnahmen: die häufige perseverierende Logorrhoe und - eher selten - triebenthemmte Dranghandlungen.

Die Behandlung der hirnorganischen Krankheitsbilder hat vor allem das Ziel, die exogene Noxe zu beseitigen. Bei Patienten mit symptomatischer Psychose ist teilweise eine Infusionsbehandlung und Sedierung nötig. Manchmal ist auch eine symptomatische Therapie mit Psychopharmaka erforderlich. Darüber hinaus gibt es jedoch keine Therapiemöglichkeiten, die direkt in das Krankheitsgeschehen eingreifen.

2.5.1.0 Alkoholpsychosen

Die psychischen Veränderungen, die durch die toxische Schädigung der Hirnsubstanz durch Alkohol entstehen, reichen vom einfachen Rausch, der unter dem Bild einer akuten und kurzdauernden symptomatischen Psychose abläuft, bis hin zum schweren organischen Psychosyndrom. Unter dem Begriff Alkoholpsychosen werden einige Krankheitsbilder aus dem weiten Spektrum der organischen Psychosen zusammengefaßt, die eine charakteristische Gestalt durch ihre spezi-

fische Ursache, nämlich den meist chronischen Alkoholmißbrauch erhalten.

Die häufigste Alkoholpsychose ist das Delirium tremens. Diese Form des Delirs, die von starken vegetativen Symptomen begleitet wird, kann sowohl bei unterbrochener als auch bei fortgesetzter Alkoholfuhr entstehen. Meist tritt noch ein zusätzliches Belastungsmoment hinzu (z.B. eine Infektionskrankheit), das das Delir provoziert. Dagegen entsteht das weit seltenere Bild der Alkohollhalluzinose fast immer nach einer Periode exzessiven Trinkens. Bei diesem Krankheitsbild ist die Bewußtseinslage weitgehend klar. Die dominante Symptomatik wird durch akustische Halluzinationen gebildet; meist ist es das (Mit-)Hören eines "Gespräches" über den Patienten selbst. Möglicherweise entwickelt sich dieses Bild einer Alkoholpsychose in besonderem Maße bei schizophren belasteten Persönlichkeiten. Diese Persönlichkeiten sind auch besonders gefährdet, wahnhaft-eifersüchtige Vorstellungen, die für Alkoholiker allgemein sehr typisch sind, zu entwickeln.

Eine Belastung ganz anderer Art besteht bei Patienten, die ein schweres Hirntrauma erlebt haben. Sie sind besonders gefährdet, durch eine herabgesetzte Alkoholtoleranz einen pathologischen Rauschzustand zu entwickeln, der sich vom "normalen" Rausch dadurch unterscheidet, daß eine dämmerzustandsartige Bewußtseinsstörung von affektiver Erregung begleitet wird, die ausbruchsartige und oft gewalttätige Affektentladungen mit sich bringen kann. Dieser Zustand hat deutliche zeitliche Abgrenzungen und endet in einem Terminalschlaf. Ansonsten treten nur geringfügige somatische oder vegetative Symptome auf.

Die schwersten Formen der Alkoholpsychosen, bei denen die Bewußtseinsstörungen und Persönlichkeitsänderungen von neurologischen Symptomen begleitet werden, sind die Encephalopathia haemorrhagica superior (Wernicke) und die Korsakow-Psychose. Beide Krankheitsbilder können ausnahmsweise auch durch andere Ursachen bedingt

sein; die weitaus häufigste Ursache jedoch ist der chronische Alkoholmißbrauch. Bei der Wernickeschen Krankheit findet man eine starke Bewußtseinstrübung und Hirnstammsymptome sowie eine Ataxie. Gelegentlich treten auch Polyneuropathien auf, die zusammen mit der exogenen Demenz die Kennzeichen der Korsakow-Psychose sind. Die beiden Krankheiten sind eng gekoppelt und gehen in Symptomatologie und teilweise auch im Verlauf fließend ineinander über. Beide haben auch den gleichen neuropathologischen Befund.

2.5.2.0 Alterspsychosen

Den Alterspsychosen liegt eine Atrophie der Hirnsubstanz durch degenerative und/oder arteriosklerotisch bedingte Alterungsvorgänge zu Grunde. Die Symptomatik umspannt das ganze Spektrum der hirnorganischen Psychosen, jedoch können auch Krankheitsbilder auftreten, die endogenen Psychosen ähnlich sind und teilweise schwer von Spätmanifestationen dieser Krankheiten zu unterscheiden sind. So können je nach zu Grunde liegender Persönlichkeitsstruktur und je nach familiärer Belastung sowohl depressive und manische als auch paranoid-halluzinatorische Bilder (z.B. Dermatozoenwahn) entstehen. Auch der Schweregrad der Alterspsychosen kann von familiären Prädispositionsfaktoren beeinflusst werden.

2.5.3.0 Andere organische Psychosen

In dieser Gruppe sind sehr heterogene Krankheitsbilder zusammengefaßt, die sich in verschiedenen Aspekten voneinander unterscheiden, z.B. in der Häufigkeit ihres Auftretens, in der Dramatik ihrer Symptome (und damit der Notwendigkeit eines therapeutischen Eingreifens) sowie in der Möglichkeit eines therapeutischen Eingreifens und damit ihrer Relevanz für den psychiatrischen Klinikbetrieb.

In diese Gruppe gehören die vielen symptomatischen Psychosen, die durch eine große Vielfalt von Ursachen entstehen können. Dazu gehören internistische Erkrankungen wie Infektionskrankheiten, endokrine Veränderungen sowie Erkrankungen jedes anderen Organsystems (z.B. der Niere, des Herzens und des Blutes) ebenso wie neurologische Krankheiten und traumatische Schädigungen. In diese Gruppe kann man auch die Generations- und Gestationspsychosen zählen, sofern es sich dabei nicht um die Erstmanifestation einer endogenen Psychose handelt.

Eine Gruppe seltener, aber trotzdem wichtiger Krankheiten sind die heredo-degenerativen Krankheiten, die Alzheimersche Krankheit, die Picksche Stirnhirnatrophie, die Chorea Huntington und der Morbus Parkinson. Bei diesen Krankheiten mit unterschiedlichem Erbgang und unterschiedlicher Penetranz des Erbgangs kommt es zu einem Untergang von Hirnsubstanz mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung und damit unterschiedlicher dominierender Symptomatik. Mit Ausnahme des Morbus Parkinson führen diese Krankheiten vor dem Senium zur Demenz, weshalb sie manchmal unter die präsenilen Psychosen eingereiht werden.

2.6.0.0 Versuch einer operationalen Definition der psychiatrischen Diagnosen im DSM-III

In den vorangehenden Abschnitten haben wir eine Darstellung der wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder gegeben, wie man sie in den neueren Lehrbüchern von Freedman et al. (1976), Ayd und Taylor (1978), Slaby et al. (1981) sowie Schulte und Tölle (1977) findet. Wir haben lediglich bei der Darstellung der organisch bedingten Krankheitsbilder eine Ausnahme gemacht und uns dabei vor allem an die Ausführungen von Ewald (1964) gehalten, da unserer Meinung nach in den obengenannten Lehrbüchern nicht eine ebenso zufriedenstellende und knappe Beschreibung dieser Krankheitsbilder zu finden ist. Diese Darstellungen der psychiatrischen Krankheitsbilder stellen besonders die manifest faßbaren Verhaltensbesonderheiten im Längs- und Querschnitt der Erkrankungen unter klinischen Gesichtspunkten in den Vordergrund.

Eine ganz andere Darstellungsweise psychiatrischer Krankheitsbilder finden wir bei Kendell (1975), Wing et al. (1982) und im DSM-III (1980), für das Spitzer verantwortlich ist. Diese Autoren versuchen, psychiatrische Diagnosen nach schematischen Gesichtspunkten unter Zuhilfenahme operationaler Definitionen, d.h. unter Verwendung von Merkmalen des Befundes und des Verlaufes, zu definieren. Wir haben uns für diese Arbeit dasjenige System operationaler Definitionen ausgewählt, das den Gedanken der Operationalisierbarkeit am weitesten vorangetrieben hat und das international anerkannt ist, nämlich das DSM-III. Wir greifen aus der Darstellung der fünf wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder im DSM-III einige Teilaspekte heraus und haben bei der Auswahl dieser Merkmale besonders die Vergleichbarkeit mit den Symptomen des AMDP-Systems im Auge.

Aus dem DSM-III entnehmen wir folgende Tabellen von Leitsymptomen:

Tabelle 2.6 - 1

Leitsymptome der schizophrenen Krankheitsbilder und paranoiden Syndrome (DSM-III, S. 188 f.)

bizarre Wahnvorstellungen z.B. Beeinträchtigungswahn, wahnhafte Vorstellungen von Gedankeneingebung, -entzug, -ausbreitung

Größenwahn, religiöse und andere Wahninhalte

Verfolgungs-, Eifersuchtswahn begleitet von Sinnestäuschungen

Stimmenhören

inkohärentes Denken

Sprachverarmung begleitet von stumpfem, inadäquatem Affekt oder von Wahnvorstellungen oder von Halluzinationen oder von katatonen Symptomen

Auffälligkeiten im Verhalten und in der sozialen Einordnung

Tabelle 2.6 - 2

Leitsymptome der depressiven Krankheitsbilder (unipolare und bipolare Cyclothymie) (DSM-III, S. 213 ff., 219 f.)

Dysphorie, Interesselosigkeit, Anhedonie, Deprimiertheit, Hoffnungslosigkeit, Affektlabilität, Reizbarkeit

Schlaflosigkeit

(gesteigerter oder) gehemmter Antrieb

Sexualität vermindert

Müdigkeit

Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle

Aufmerksamkeits-, Konzentrationsstörungen

Todesgedanken, Suizidalität

Beeinträchtigung der Einfügung in das soziale Umfeld

sozialer Rückzug

schweigsam, weinerlich, innerlich unruhig

Tabelle 2.6 - 3

Leitsymptome der manischen Krankheitsbilder (unipolare und bipolare Cyclothymie) (DSM-III, S. 208 f., 220 f.)

gehobene, expansive oder reizbare Stimmung
Steigerung der Aktivität, motorisch unruhig
redselig bis logorrhöisch
ideenflüchtig, Gedankendrängen
gesteigerte Selbstwertgefühle
vermindertes Schlafbedürfnis
Ablenkbarkeit
hohe Bereitschaft zu potentiell schädigenden Handlungen ohne Rücksicht auf die Folgen
soziale Umtriebigkeit

Tabelle 2.6 - 4

Leitsymptome der neurotischen Krankheitsbilder (DSM-III, S. 229 ff.)

Angst vor Situationen oder Gegenständen, Ausbreitung der Angst, Panikattacken mit vegetativer Symptomatik (Dyspnoe, Herzklopfen, -druck, Luftangst, Schwindel, Entfremdungsgefühle, Parästhesien, Hitzegefühl, Frösteln, Schwächegefühl, Zittern)
Anspannungsgefühl
gesteigertes Vegetativum (Schwitzen vermehrt, Mundtrockenheit, Diarrhoe, Magenbeschwerden, Globusgefühl, gesteigerte Miktionsfrequenz)
Erwartungsangst
gesteigerte Wachsamkeit (vigilance and scanning)

Tabelle 2.6 - 5

Leitsymptome der organisch bedingten Krankheitsbilder (DSM-III,
S. 103 ff.)

Bewußtseinstörung

Wahrnehmungstäuschungen, Illusionen, Halluzinationen

formale und inhaltliche Denkstörungen

gesteigerter oder verminderter Antrieb

Orientierungsstörungen

Gedächtnisstörung

Persönlichkeitsveränderungen z.B. Affektlabilität, enthemmtes Verhalten, Apathie, Mißtrauen)

Verhaltensstörungen

Affektstörungen (depressiv, euphorisch, affektlabil, gereizt)

Wahnvorstellungen

Die in den Tabellen aufgeführten Leitsymptome für die einzelnen psychiatrischen Krankheitsbilder werden wir im Diskussionsteil dazu heranziehen, um damit die Daten vom therapeutischen Vorgehen aus dem von uns betrachteten Patientengut zu analysieren. Operationale Definitionen von Diagnosen unter Verwendung anamnestischer Daten und der Symptomatik des Querschnittbefundes eignen sich besonders zur Formulierung von Richtlinien in der Psychopharmakotherapie eines Krankheitsbildes.

3.0.0.0 Material, Methodik und Fragestellung

3.1.0.0 Beschreibung des Materials

Von den 1760 Patienten, die zwischen dem 1.1.1980 und dem 31.12.1980 zur stationären Behandlung in die Psychiatrische Klinik der Universität München aufgenommen wurden, konnten die Dokumentationsunterlagen von 1501 Patienten ausgewertet werden. Es handelt sich dabei um die Patienten, deren Klinikaufenthalt mindestens sieben Tage dauerte und von denen diese ersten sieben Behandlungstage in Bezug auf initiale Symptomatik, Diagnose und Therapie im Ärztlichen Dokumentationsblatt und im Dokumentationsblatt für die Therapie vollständig dokumentiert wurden. Die psychopathologische Symptomatik wurde mit Hilfe des AMDP-Systems dokumentiert.

3.2.0.0 Methodik

Die diagnostische Beschreibung dieser Patienten richtet sich nach der ICD-Klassifikation. Dabei wird jeweils die dreistellige ICD-Diagnosenummer zur Festlegung einer Diagnosegruppe herangezogen. Die Ausnahmen sind die Trennungen der ICD-Diagnosenummern 295.x und 296.x in jeweils zwei Diagnosegruppen: die schizoaffektiven Psychosen (295.7) und die übrigen Formen der Schizophrenien sowie die manischen (296.0 und 296.2) und die depressiven affektiven Psychosen (s. Kap. 4.1.2.0).

In Abhängigkeit von der Medikation, die ihnen in den ersten sieben Tagen ihres stationären Aufenthaltes verordnet wurde, werden die Klinikpatienten in fünf verschiedene Therapiegruppen eingeteilt. Es handelt sich dabei um die Gruppe der 305 nicht medikamentös behandelten Patienten und um die vier Patientengruppen, die sich durch die verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten der Merkmale N+, N- (es wurden Neuroleptika gegeben bzw. nicht gegeben) und A+, A- (es wurden Antidepressiva gegeben bzw. nicht gegeben) voneinander unterscheiden. Wir nennen diese vier medikamentös behandelten Gruppen ({N+A-}, {N+A+}, {N-A+} und {N-A-}) auch Medikationsgruppen. Diese Medikationsgruppen bzw. Therapiegruppen werden einzeln oder unter bestimmten Fragestellungen zusammengefaßt betrachtet und miteinander in Hinsicht auf Diagnoseverteilung, Medikamentenverordnung und Symptomatik verglichen. Die Patientengruppen, die wir einander gegenüberstellen, haben wir in der Tabelle 3.2 aufgelistet.

Tabelle 3.2

Liste der Patientengruppen, die miteinander verglichen werden

-
- a) {N+A-}, {N+A+}, {N-A+} und {N-A-} /// {Ø Medikamente}
(Kap. 4.1.3.0)
- b) {N+A-}, {N+A+} und {N-A+} /// {N-A-} (Kap. 4.2.2.0)
- c) {N+A-} und {N+A+} /// {N-A+} und {N-A-} (Kap. 4.2.3.0)
- d) {N+A-} /// {N+A+} (Kap. 4.2.4.0)
- e) {N+A+} und {N-A+} /// {N+A-} und {N-A-} (Kap. 4.2.5.0)
- f) {N+A+} /// {N-A+} (Kap. 4.2.6.0)
-

Die Beschreibung der Diagnoseverteilungen dieser Patientengruppen richtet sich nach der oben angegebenen Einteilung der Diagnosegruppen. Dabei werden die Diagnosegruppen, die jeweils weniger als 1 % der festgelegten Patientengruppe beinhalten, unter dem Begriff "sonstige Diagnosen" zusammengefaßt (z.B. Tab. 4.2.2 - 1). Die Häufigkeitsverteilungen der Diagnosen für die festgelegten Patientengruppen werden nach der Rangfolge in der Reihe der absoluten und relativen Häufigkeiten miteinander verglichen.

Als nächstes werden die betrachteten Patientengruppen bezüglich der Kennwerte beschrieben und miteinander verglichen, die die Anwendung von Medikamenten bei diesen Patientengruppen aufzeigen (z.B. Tab. 4.2.2 - 3). Es handelt sich dabei zuerst um die absoluten und relativen Verordnungshäufigkeiten von Medikamenten aus sieben verschiedenen Medikamentengruppen (s. Tab. 4.1.3 - 3). Diese Werte werden auf signifikante Unterschiede zwischen den jeweils zu vergleichenden Patientengruppen hin geprüft (χ^2 -Test mit Festlegung des Signifikanzniveaus auf $p < 0,05$). Außerdem wird festgehalten, wieviele Patienten ausschließlich mit der von der

Fragestellung festgelegten Medikation behandelt werden. Mit dem dritten Kennwert wird die durchschnittliche Anzahl von Medikamenten beschrieben, die die Patienten der jeweiligen Gruppen erhalten haben. Hier müssen wir erklären, daß die Begriffe "Medikamentengruppe" und "Medikament" von uns synonym gebraucht werden. Zum Beispiel: die Aussage, die Patienten einer Gruppe hätten durchschnittlich n verschiedene Medikamente erhalten, bedeutet, daß sie Medikamente aus durchschnittlich n verschiedenen Medikamentengruppen erhalten haben.

Als letztes werden die Patientengruppen unter der Fragestellung, ob sie sich auf der Ebene der Symptome unterscheiden, miteinander verglichen. Diesen Vergleich führen wir mit Hilfe des χ^2 -Testes durch, wobei wir eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % festlegen. Wenn wir einen signifikanten Unterschied in der Häufigkeit des Auftretens eines Symptoms feststellen, so betrachten wir dies als Hinweis, daß die Häufigkeit dieses Symptoms eine bedeutsame Differenz zwischen den beiden Gruppen aufweist (z.B. Tab. 4.2.2 - 4).

Nach der Aufteilung aller Klinikpatienten in fünf verschiedene Therapiegruppen haben wir das gleiche Verfahren auf jede einzelne Diagnosegruppe angewandt, um damit einen Überblick über die Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Therapieformen für diese Diagnosegruppe zu gewinnen (Tab. 4.3).

Als letzten Punkt im Ergebnisteil haben wir versucht, durch die direkte Betrachtung der relativen Häufigkeiten der 140 AMDP-Symptome bei den vier Medikationsgruppen oder durch Abwägen der verschiedenen Vergleiche, die wir zuvor durchgeführt haben, für jedes dieser Symptome festzulegen, für welche Medikationsgruppe es besonders charakteristisch ist. Das Verfahren für die Bestimmung der charakteristischen Medikationsgruppe für ein Symptom erklären wir genauer im Kap. 4.4.0.0 .

3.3.0.0 Fragestellung

Die vorliegende Arbeit stellt sich die Aufgabe als Ziel, einen Beitrag zur Frage zu liefern, welche Bedeutung die psychiatrischen Diagnosen und psychopathologischen Symptome für die Wahl der Pharmakotherapie haben. Folgende Fragen werden in der Arbeit behandelt:

- a) Beschreibung und Vergleich der absoluten und relativen Häufigkeiten von Diagnosen, Medikamentenverordnungen und Symptomen für das gesamte Patientengut und für die in Tabelle 3.2 einander gegenübergestellten Patientengruppen
- b) Verteilung der verschiedenen Therapieformen für die einzelnen Diagnosegruppen
- c) Beschreibung der häufigen und charakteristischen Symptome für die verschiedenen Medikationsgruppen
- d) Untersuchung der Bedeutung der psychiatrischen Diagnosen und psychopathologischen Symptomatik für die Wahl der Pharmakotherapie am Beispiel der Verordnung von Neuroleptika und Antidepressiva. Diese Frage wird im Kap. 5.4.4.0 präzisiert. Die angewandte Methodik wird dann genauer im Zusammenhang mit der Betrachtung der einzelnen Krankheitsbilder unter diesen Gesichtspunkten beschrieben (Kap. 5.5.1.0).

4.0.0.0 Ergebnisse

4.1.0.0 Krankengut und medikamentöse Behandlung

4.1.1.0 Vorbemerkung

Die Betrachtung des gesamten Patientengutes gestaltet sich etwas einfacher als dies bei anderen Gruppen der Fall sein wird. Hier können die Diagnosen, Medikamentenverordnungen und Symptome nur aufgelistet werden und nicht durch irgendwelche Vergleiche als herausragend oder unterschiedlich gekennzeichnet werden.

Der Aussagewert dieser reinen Beschreibung ist unterschiedlich: für die Diagnoseverteilung ist er z.B. hoch, für die Symptomatik dagegen so niedrig, daß auf eine Übernahme der Liste aller auftretenden Symptome aus dem Tabellarischen Anhang (Spalte 1) in den Ergebnisteil verzichtet wurde.

Bereits bei dem dritten Punkt, der zur Beschreibung ansteht, der Medikamentenverordnung, bietet sich jedoch neben der einfachen Aufzählung der verordneten Medikamente bereits die erste Möglichkeit zu einem Vergleich. Durch die Abtrennung der nicht-medikamentös behandelten Patienten von denjenigen Patienten, die im fraglichen Zeitraum ihres stationären Aufenthaltes tatsächlich diese Medikamente erhalten haben, ist zumindest in Hinblick auf Diagnoseverteilung und Symptomatik eine Gegenüberstellung von zwei Patientengruppen mit unterschiedlicher Therapie möglich.

Die wichtigsten Ergebnisse dieser Gegenüberstellung sowie der diagnostischen Beschreibung des gesamten Krankengutes werden ebenso wie die Ergebnisse der weiteren Kapitel im Diskussions- teil (5.2.0.0) zusammengefaßt.

4.1.2.0 Diagnostische Beschreibung des gesamten Krankengutes

Bei der Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Diagnosen, die für die 1501 Klinikpatienten des Jahres 1980 bestimmt wurden, fällt auf, daß drei Diagnosegruppen weit von einem breitergestreuten Unterfeld entfernt sind. Die Schizophrenien ohne die schizoaffektiven Psychosen (20,3 %), die depressiven affektiven

Tabelle 4.1.2

Diagnosen der gesamten Klinikpopulation

	Anz.	%
Schizophrenien (ICD 295, ohne 295.7)	305	20,3
depr. aff. Psychosen (ICD 296, ohne .0, .2)	254	16,9
Neurosen (ICD 300)	229	15,3
schizoaffektive Psychosen (ICD 295.7)	125	8,3
Alkoholismus (ICD 303)	95	6,3
psychogene Reaktionen (ICD 309)	80	5,3
Manien (ICD 296.0 und 296.2)	77	5,1
Persönlichkeitsstörungen (ICD 301)	48	3,2
paranoide Syndrome (ICD 297)	41	2,7
Alkoholpsychosen (ICD 291)	36	2,4
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit (ICD 304)	28	1,9
andere nichtorganische Psychosen (ICD 298)	24	1,6
präsenile, senile Psychosen (ICD 290)	20	1,3
Drogen-, Medikamentenmißbrauch (ICD 305)	18	1,2
vorübergehende org. Psychosen (ICD 293)	15	1,0
sonstige Diagnosen	106	7,2
	1501	100,0

Psychosen (16,9 %) und die Neurosen (15,3 %) umfassen dabei schon über die Hälfte aller Klinikpatienten. Wenn man die Schizophrenien (ICD 295.x) und die affektiven Psychosen (ICD 296.x) jeweils als einheitliche Diagnosegruppe nehmen würde, hieße das, daß mit diesen beiden Gruppen und der Diagnosegruppe der Neurosen sogar zwei Drittel aller Patienten diagnostisch beschrieben werden könnten. Innerhalb des restlichen Drittels gibt es nur zehn weitere Diagnosegruppen, die mindestens 15 Patienten beinhalten, d.h. mindestens 1 % des gesamten Krankengutes ausmachen. Zu diesen Diagnosegruppen gehören die psychogenen Reaktionen, Persönlichkeitsstörungen, paranoide Syndrome und andere nichtorganische Psychosen sowie Drogen- und Medikamentenmißbrauch mit oder ohne Abhängigkeit, Alkoholmißbrauch und -psychosen und verschiedene andere organische Psychosen. Die diversen organischen Psychosen fassen insgesamt weniger als 5 % der Patienten zusammen.

Insgesamt werden über 90 % aller Patienten mit diesen fünfzehn Diagnosegruppen (dreizehn ICD-Diagnosegruppen) erfaßt.

4.1.3.0 Gegenüberstellung von medikamentös und nicht-medikamentös behandelten Patienten

4.1.3.1 Gegenüberstellung der Diagnosen

Die Patienten wurden nur teilweise in der ersten Woche ihres Klinikaufenthaltes medikamentös behandelt. Bei 305 Patienten (20,3 %) wurde zu Beginn keine medikamentöse Therapie eingeleitet. Innerhalb dieser Gruppe sind die Diagnosen Neurosen (22,0 %), psychogene Reaktionen (14,1 %) und Persönlichkeitsstörungen (8,2 %) verhältnismäßig häufig vertreten. Ihr Anteil an dieser Patientengruppe ist mit insgesamt 44,3 % fast doppelt so hoch als bei der gesamten Klinikpopulation (23,8 %).

Tabelle 4.1.3 - 1

Diagnosen der Patienten, die keine Medikamente bekommen haben

	Anz.	%	% aller Pat.
Neurosen	67	22,0	4,5
Schizophrenien (ohne 295.7)	43	14,1	2,9
psychogene Reaktionen	43	14,1	2,9
Alkoholismus	39	12,8	2,6
Persönlichkeitsstörungen	25	8,2	1,7
depressive affektive Psychosen	12	3,9	*
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit	12	3,9	*
Drogen-, Medikamentenmißbrauch	7	2,3	*
Alkoholpsychosen	6	2,0	*
paranoide Syndrome	4	1,3	*
andere nichtorg. Psychosen	4	1,3	*
präsenile, senile Psychosen	4	1,3	*
sonstige Diagnosen	39	12,8	
	305	100,0	20,3

* < 1,0 %

Dagegen sind die Schizophrenien ohne die schizoaaffektiven Psychosen (14,1 %) und vor allem die depressiven affektiven Psychosen (3,9 %) relativ seltener vertreten; ihr Anteil an dieser Patientengruppe ist nur halb so groß wie beim gesamten Krankengut.

Diese beiden Diagnosen heben sich dafür beim Diagnosespiegel der 1196 medikamentös behandelten Patienten noch stärker in ihren Spitzenpositionen heraus. Die Rangfolge der vier häufig-

sten Diagnosen ist die gleiche wie bei der gesamten Klinikpopulation. Nur bei den kleineren Diagnosegruppen gibt es geringfügige Verschiebungen in der Reihenfolge, ohne daß sich auffallende Unterschiede in den relativen Häufigkeiten der Diagnosen ergäben.

Tabelle 4.1.3 - 2

Diagnosen der Patienten, die Medikamente bekommen haben

	Anz.	%	% aller Pat.
Schizophrenien (ohne 295.7)	262	21,9	17,5
depressive affektive Psychosen	242	20,2	16,1
Neurosen	162	13,6	10,8
schizoaffektive Psychosen	124	10,4	8,3
Manien	77	6,4	5,1
Alkoholismus	56	4,7	3,7
psychogene Reaktionen	37	3,1	2,5
paranoide Syndrome	37	3,1	2,5
Alkoholpsychosen	30	2,5	2,0
Persönlichkeitsstörungen	23	1,9	1,5
andere nichtorg. Psychosen	20	1,7	1,3
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit	16	1,3	1,1
präsenile, senile Psychosen	16	1,3	1,1
vorübergehende org. Psychosen	12	1,0	*
sonstige Diagnosen	82	6,9	
	1196	100,0	79,7

* < 1,0 %

4.1.3.2 Beschreibung der Medikamentenverordnungen

Die Medikamente, die diesen 1196 Patienten verordnet wurden, lassen sich in sechs Gruppen mit ähnlichen Substanzen einteilen. Zusätzlich werden unter der Gruppenbezeichnung Sondermittel zwei nicht klassifizierbare Substanzen, Chlormethiazol und Disulfiram zusammengefaßt. Diese Gruppen beinhalten zwischen zwei und zweiundzwanzig unterschiedliche Substanzen. Die einzelnen Substanzen einer Gruppe werden mit unterschiedlicher Häufigkeit eingesetzt. Für jede Gruppe gilt, daß etwa die Hälfte der möglichen Substanzen den Großteil (über 90 %) der Verordnungen ausmacht. Die anderen Substanzen einer Gruppe kommen dagegen nur selten zum Einsatz.

Tabelle 4.1.3 - 3

Anzahl der eingesetzten Einzelsubstanzen in den verschiedenen Medikamentengruppen

Neuroleptika	22
Antidepressiva	14
Tranquilizer	9
Hypnotika	4
Antiparkinsonmittel	3
Lithiumpräparate	2
Sondermittel	2

Am häufigsten wurden Medikamente aus der Gruppe der Neuroleptika (52,4 %) und der Hypnotika (51,2 %) verordnet. Danach folgen Antidepressiva (31,9 %), Tranquilizer (25,4 %) und Antiparkinsonmittel (14,5 %). Lithiumpräparate und Sondermittel wurden nur bei 4,8 % bzw. 5,4 % der Patienten verordnet.

Tabelle 4.1.3 - 4

Medikamentenverordnungen bei den medikamentös behandelten Patienten (n = 1196)

	Anz.	%	% aller Pat.
Neuroleptika	627	52,4	41,8
Antidepressiva	381	31,9	25,4
Tranquilizer	304	25,4	20,3
Hypnotika	612	51,2	40,8
Antiparkinsonmittel	173	14,5	11,5
Lithiumpräparate	58	4,8	3,9
Sondermittel	65	5,4	4,3
Summe der Verordnungen	2220		
durchschn. Anz. an Verordnungen	1,86		

Durchschnittlich erhielt jeder der 1196 Patienten 1,86 Medikamente. Der Begriff Medikament wird in diesem und allen folgenden Kapiteln synonym zum Begriff Medikamentengruppe verwendet. Er bezieht sich nicht auf die unterschiedlichen psychopharmakologisch aktiven Substanzen innerhalb einer Gruppe. Es wird also ungeachtet der Frage, ob und wieviel unterschiedliche Präparate einer Medikamentengruppe gleichzeitig oder nacheinander verordnet wurden, nur von einem Medikament gesprochen.

4.1.3.3 Gegenüberstellung der Symptomatik

Beim Vergleich der Symptomatik von medikamentös bzw. nicht medikamentös behandelten Patienten fällt zuerst der große Unterschied in der Stärke der Symptomatik, d.h. in der Vielfalt der Symptome auf. Die Patienten ohne initiale Medikation hatten durchschnittlich 13,20 verschiedene Symptome. Die medikamentös behandelten Patienten hatten mit durchschnittlich 19,06 Symptomen fast 50 % mehr. Trotz dieser großen Differenz treten nur 63 der 140 AMDP-Symptome mit signifikantem Unterschied häufiger auf. Es gibt keine Symptome, die bei den nicht medikamentös behandelten Patienten signifikant häufiger vorkommen als bei der medikamentös behandelten Vergleichsgruppe.

Innerhalb der 63 Symptome sind es vor allem Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörungen, Störungen der Affektivität und des Antriebs, Ich-Störungen, Wahnvorstellungen und Schlafstörungen, durch die sich die Symptomatik der medikamentös behandelten Patienten besonders hervorhebt. Allein 53 Symptome gehören zu diesen sieben Symptomkomplexen. Auf der anderen Seite kommen keine Symptome aus den AMDP-Gruppen der Bewußtseinsstörungen und der Orientierungsstörungen signifikant häufiger vor als bei den nicht medikamentös behandelten Patienten.

Tabelle 4.1.3 - 5

Symptome, die bei den medikamentös behandelten Patienten signifikant häufiger auftreten als bei den Patienten ohne medikamentöse Therapie

Patienten ... medikamentöse Therapie	mit (n = 1196)		ohne (n = 305)	
	Anz.	%	Anz.	%
<u>Aufmerksamkeits-, Gedächtnisstörungen</u>				
Auffassungsstörungen	306	25,6	47	15,4
Konzentrationsstörungen	656	54,9	109	35,7
Merkfähigkeitsstörungen	348	29,1	48	15,7
Gedächtnisstörungen	223	18,6	33	10,8
Konfabulationen	42	3,5	3	*
<u>Formale Denkstörungen</u>				
gehemmt	177	14,8	21	6,9
verlangsamt	332	27,8	63	20,7
umständlich	280	23,4	50	16,4
eingengt	389	32,5	68	22,3
perseverierend	139	11,6	17	5,6
Grübeln	266	22,2	44	14,4
Gedankendrängen	92	7,7	5	1,6
ideenflüchtig	135	11,3	15	4,9
Vorbeireden	171	14,3	20	6,6
gesperrt/Gedankenabreißen	108	9,0	7	2,3
inkohärent/zerfahren	211	17,6	28	9,2
Neologismen	35	2,9	2	*
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>				
Zwangsimpulse	23	1,9	1	*

Patienten ... medikamentöse Therapie	mit		ohne	
	Anz.	%	Anz.	%
<u>Wahn</u>				
Wahnstimmung	238	19,9	23	7,5
Wahnwahrnehmung	118	9,9	14	4,6
Wahneinfall	110	9,2	13	4,3
Wahngedanken	195	16,3	22	7,2
Wahndynamik	151	12,6	18	5,9
Beziehungswahn	202	16,9	18	5,9
Beeinträchtigungs-, Verfolgungswahn	218	18,2	35	11,5
Schuldwahn	60	5,0	7	2,3
Verarmungswahn	24	2,0	1	*
Größenwahn	62	5,2	4	1,3
andere Wahninhalte	54	4,5	4	1,3
<u>Sinnestäuschungen</u>				
Stimmenhören	147	12,3	15	4,9
<u>Ich-Störungen</u>				
Depersonalisation	79	6,6	11	3,6
Gedankenausbreitung	63	5,3	3	*
Gedankeneingebung	72	6,0	3	*
andere Fremdbeeinflussungserlebnisse	80	6,7	7	2,3
<u>Störungen der Affektivität</u>				
ratlos	460	38,5	82	26,9
Gefühl der Gefühllosigkeit	108	9,0	11	3,6
Störung der Vitalgefühle	414	34,6	75	24,6
ängstlich	582	48,7	118	38,7
euphorisch	135	11,3	14	4,6
innerlich unruhig	615	51,4	101	33,1
klagsam/jammerig	288	24,1	46	15,1
gesteigerte Selbstwertgefühle	97	8,1	12	3,9
Schuldgefühle	211	17,6	30	9,8

Patienten ...? medikamentöse Therapie	mit		ohne	
	Anz.	%	Anz.	%
Verarmungsgefühle	41	3,4	3	*
ambivalent	213	17,8	24	7,9
affektlabil	191	16,0	20	6,6
<u>Antriebs-, psychomotorische Störungen</u>				
antriebsgehemmt	234	19,6	42	13,8
antriebsgesteigert	271	22,7	31	10,2
motorisch unruhig	429	35,9	53	17,4
manieriert/bizarr	96	8,0	12	3,9
theatralisch	99	8,3	11	3,6
<u>Circadiane Besonderheiten</u>				
morgens schlechter	184	15,4	15	4,9
abends besser	44	3,7	1	*
<u>Andere Störungen</u>				
sozialer Rückzug	542	45,3	114	37,4
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>				
Einschlafstörungen	757	63,3	126	41,3
Durchschlafstörungen	736	61,5	114	37,4
Verkürzung der Schlafdauer	491	41,1	64	21,0
Früherwachen	214	17,9	27	8,9
<u>Appetenzstörungen</u>				
Appetit vermindert	547	45,7	103	33,8
<u>Gastro-intestinale Störungen</u>				
Mundtrockenheit	88	7,4	6	2,0
Obstipation	192	16,1	15	4,9

Patienten ... medikamentöse Therapie	mit		ohne	
	Anz.	%	Anz.	%
<u>Kardio-respiratorische Störungen</u>				
Atembeschwerden	80	6,7	11	3,6
<u>Neurologische Störungen</u>				
Akathisie	23	1,9	1	*

* < 1,0 %

4.2.0.0 Verordnung von Neuroleptika und Antidepressiva

4.2.1.0 Vorbemerkung

Während sich die Fragestellung nach dem therapeutischen Vorgehen innerhalb der ersten Woche des stationären Aufenthaltes bis jetzt darauf beschränkte, ob überhaupt eine medikamentöse Behandlung verordnet wurde oder nicht, soll von nun an die Art der medikamentösen Behandlung genauer differenziert werden. Da sich unser Interesse in erster Linie auf die beiden großen antipsychotischen Medikamentengruppen Neuroleptika und Antidepressiva richtet, können wir innerhalb der medikamentös behandelten Patienten vier Patientengruppen voneinander trennen, die sich durch Vorhandensein bzw. Fehlen einer Therapie mit Neuroleptika bzw. Antidepressiva unterscheiden.

Die Patientengruppe, die zuvor eben durch das Fehlen einer medikamentösen Therapie gekennzeichnet wurde, wird als weitere Therapiegruppe nur gelegentlich am Rande mit in die Überlegungen miteinbezogen.

Nach dieser Überlegung lassen sich also die 1196 medikamentös behandelten Patienten des Jahres 1980 in vier Medikationsgruppen aufteilen: 510 Patienten erhielten Neuroleptika, jedoch keine Antidepressiva ({N+A-}), 117 Patienten erhielten beide Medikamentengruppen ({N+A+}), 264 Patienten erhielten Antidepressiva ohne Neuroleptika ({N-A+}) und 305 Patienten keine der beiden Medikamentengruppen ({N-A-}).

Mit der Gegenüberstellung einzelner oder unter bestimmten Fragestellungen zusammengefaßter Medikationsgruppen können Unterschiede dieser Gruppen untereinander festgestellt werden.

4.2.2.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Neuroleptika und/oder Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die weder Neuroleptika noch Antidepressiva bekommen haben

Unter den vier verschiedenen Medikationsgruppen nimmt eine Gruppe eine gewisse Sonderstellung ein. Es handelt sich dabei um die 305 Patienten, die zwar einer medikamentösen Therapie zugeführt worden sind, aber keine Medikamente aus den beiden großen antipsychotisch wirkenden Psychopharmakagruppen erhalten haben. Die Vergleichsgruppe zu dieser Patientengruppe setzt sich aus allen drei übrigen Medikationsgruppen zusammen. Es sind also die 891 Patienten, die mindestens eine der beiden großen antipsychotischen Medikamentengruppen erhalten haben, evtl. sogar beide.

4.2.2.1 Gegenüberstellung der Diagnosen

Ähnlich wie bei der Patientengruppe ohne jede medikamentöse Therapie haben die Neurosen den stärksten Anteil an der Patientengruppe, die weder Neuroleptika noch Antidepressiva erhalten hat (25,6 %). Auch der relative Anteil der Patienten mit Alkoholismus ist nahezu gleich (12,5 %). Von den großen Psychosengruppen stehen die depressiven affektiven Psychosen an zweiter Stelle (13,4 %) und die Schizophrenien ohne die schizoaffectiven Psychosen an vierter Stelle (7,2 %). Jede weitere Diagnose kommt bei weniger als 5 % dieser Patientengruppe vor. Nichtsdestoweniger umfaßt dieses Unterfeld an kleineren Diagnosen immerhin über 40 % dieser Patientengruppe.

Tabelle 4.2.2 ² 1

Diagnosen der Patienten, die weder Neuroleptika noch Antidepressiva bekommen haben ({N-A-})

	Anz.	%	% aller Pat.
Neurosen	78	25,6	5,2
depressive affektive Psychosen	41	13,4	2,7
Alkoholismus	38	12,5	2,5
Schizophrenien (ohne 295.7)	22	7,2	1,5
psychogene Reaktionen	15	4,9	1,0
Manien	13	4,3	*
Alkoholpsychosen	13	4,3	*
Persönlichkeitsstörungen	12	3,9	*
schizoaffektive Psychosen	11	3,6	*
paranoide Syndrome	7	2,3	*
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit	7	2,3	*
Drogen-, Medikamentenmißbrauch	7	2,3	*
andere nichtorg. Psychosen	5	1,6	*
präsenile, senile Psychosen	4	1,3	*
sonstige Diagnosen	32	10,5	
	305	100,0	20,3

* < 1,0 %

Die Diagnosenverteilung der Vergleichsgruppe, in der die Patienten Neuroleptika und/oder Antidepressiva erhalten haben, ähnelt der Diagnosenverteilung aller medikamentös behandelten Patienten. Die fünf häufigsten Diagnosen heben sich noch etwas schärfer vom Unterfeld ab, das hier nur noch knappe 20 % der Patientengruppe ausmacht. Mit Ausnahme der Neurosen (9,4 %), die als

einzigste der wichtigen Diagnosegruppen seltener auftreten als bei der Gesamtgruppe der medikamentös behandelten Patienten, treten also alle häufigen Diagnosegruppen, d.h. Schizophrenien und affektive Psychosen jeweils in beiden Untergruppen, bei einem höheren Prozentsatz der Patienten dieser Gruppe auf. Diese Zunahme an relativer Häufigkeit sinkt von 5,0 % bei der häufigsten Diagnosegruppe, den Schizophrenien ohne die schizoaffektiven Psychosen (26,9 %) stetig bis zu 0,8 % bei den Manien (7,2 %) ab.

Tabelle 4.2.2 - 2

Diagnosen der Patienten, die Neuroleptika und/oder Antidepressiva bekommen haben ({N+A-} plus {N+A+} plus {N-A+})

	Anz.	%	% aller Pat.
Schizophrenien (ohne 295.7)	240	26,9	16,0
depressive affektive Psychosen	201	22,6	13,4
schizoaffektive Psychosen	113	12,7	7,5
Neurosen	84	9,4	5,6
Manien	64	7,2	4,3
paranoide Syndrome	30	3,4	2,0
psychogene Reaktionen	22	2,5	1,5
Alkoholismus	18	2,0	1,2
Alkoholpsychosen	17	1,9	1,1
andere nichtorg. Psychosen	15	1,7	1,0
präsenile, senile Psychosen	12	1,3	*
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit	9	1,0	*
vorübergehende org. Psychosen	9	1,0	*
sonstige Diagnosen	57	6,4	
	891	100,0	59,4

* < 1,0 %

4.2.2.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen

Der Vergleich der beiden Gruppen in Hinsicht auf die durchschnittliche Anzahl der verordneten Medikamente wird durch die Inhomogenität der festgelegten Verordnungen bei der größeren Patientengruppe erschwert. Hier teilen sich die 2,05 Medikamente, die als Durchschnittswert errechnet werden, in 1,13 Medikamente, die von der Fragestellung bei diesem Vergleich von Patientengruppen bestimmt sind (13 % der Patienten erhielten ja sowohl Neuroleptika als auch Antidepressiva), und in 0,92 Medikamente

Tabelle 4.2.2 - 3

Medikamentenverordnungen der Patienten, die Neuroleptika und/oder Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die weder Neuroleptika noch Antidepressiva bekommen haben

	NL u/o AD (n = 891)		NL- AD- (n = 305)	
	Anz.	%	Anz.	%
Neuroleptika	627	70,4	0	0
Antidepressiva	381	42,8	0	0
Tranquilizer	206	23,1	98	32,1
Hypnotika	382	42,9	230	75,4
Antiparkinsonmittel	161	18,1	12	3,9
Lithiumpräparate	49	5,5	9	3,0
Sondermittel	17	1,9	48	15,7
Summe der Verordnungen	1823		397	
durchschn. Anz. an Verordn.	2,05		1,30	

aus den weiteren fünf Medikamentengruppen. Erst dieser Wert läßt sich mit dem Wert von 1,30 Medikamenten vergleichen, die den Patienten ohne Neuroleptika- oder Antidepressiva-Therapie durchschnittlich verordnet wurden.

Bei beiden Gruppen führen die Hypnotika und die Tranquillizer die Liste der unabhängig von der vorgegebenen Neuroleptika- und Antidepressiva-Medikation verordneten Medikamente an. Dennoch ist die Verordnung dieser beiden Medikamentengruppen in der Patientengruppe ohne Neuroleptika- oder Antidepressiva-Therapie (75,4 % bzw. 32,1 %) signifikant häufiger als in der Vergleichsgruppe (42,9 % bzw. 23,1 %). Die dritthäufigste Medikamentengruppe bei den Patienten, die Neuroleptika und/oder Antidepressiva erhielten, sind die Antiparkinsonmittel, die bei 18,1 % der Patienten signifikant häufiger verordnet wurden als bei den Patienten ohne Neuroleptika- oder Antidepressiva-Therapie (3,9 %). Lithiumpräparate wurden bei beiden Gruppen relativ selten verordnet. Die Medikamentengruppe der Sondermittel dagegen wurde vor allem und mit signifikant größerer Häufigkeit bei den Patienten verordnet, die weder Neuroleptika noch Antidepressiva bekommen haben (15,7 %).

4.2.2.3 Gegenüberstellung der Symptomatik

Beim Vergleich der Symptomatik beider Gruppen zeigt sich ein zahlenmäßiges Überwiegen in der Symptomatik der 891 Patienten, die Neuroleptika und/oder Antidepressiva erhalten haben. Diese Patienten weisen mit durchschnittlichen 19,63 Symptomen nicht nur eine größere Vielfalt in ihrer Symptomatik auf als die Vergleichspatienten (17,42 Symptome/Patient), sondern haben auch bei 44 der 57 Einzelsymptome, die mit signifikant unterschiedlicher Häufigkeit auftreten, das Übergewicht. Bei diesen 44 Einzelsymptomen kommen nur zwei somatische Symptome vor; alle

anderen sind psychische Symptome, die sich ziemlich gleichmäßig aus allen Symptomgruppen, die der AMDP-Erhebungsbogen für den psychopathologischen Befund anbietet, zusammensetzen. Die einzige Symptomgruppe, bei der kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit des Auftretens ihrer Einzelsymptome vorliegt, ist die Gruppe der Orientierungsstörungen.

Dagegen sind die 13 Einzelsymptome, die bei den Patienten ohne Neuroleptika- oder Antidepressiva-Therapie signifikant häufiger vorkommen als bei den Patienten der Vergleichsgruppe, vor allem Symptome aus dem Bereich der vegetativen und neurologischen Störungen. Aus dem Bereich der psychischen Symptome kommen nur die beiden Affektivitätsstörungen "deprimiert" und "hoffnungslos" in dieser Patientengruppe häufiger vor.

Tabelle 4.2.2 - 4

Symptome, die bei den Patienten, die Neuroleptika und/oder Antidepressiva bzw. keine der beiden Medikamentengruppen bekommen haben, mit signifikant unterschiedlicher Häufigkeit auftreten

	häufiger bei Patienten mit NL und/oder AD (n = 891)		häufiger bei Patienten mit NL- AD- (n = 305)	
	Anz.	%	Anz.	%
<u>Bewußtseinsstörungen</u>				
Bewußtseinseinkengung	39	4,4	5	1,6
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>				
Auffassungsstörungen	248	27,8	58	19,0
Konzentrationsstörungen	505	56,7	151	49,5
Merkfähigkeitsstörungen	273	30,6	75	24,6
<u>Formale Denkstörungen</u>				
gehemmt	146	16,4	31	10,2
verlangsamt	260	29,2	72	23,6
eingeeengt	310	34,8	79	25,9
Gedankendrängen	80	9,0	12	3,9
ideenflüchtig	117	13,1	18	5,9
Vorbereden	145	16,3	26	8,5

häufiger bei Pat. mit NL- AD-
häufiger bei Pat. mit NL- AD-

häufiger bei Pat. mit NL u/o AD

gesperrt/Gedankenabreißen	100	11,2	8	2,6
inkohärent/zerfahren	189	21,2	22	7,2
Neologismen	32	3,6	3	*

Befürchtungen und Zwänge

Mißtrauen	210	23,6	53	17,4
Hypochondrie (n. wahnhaft)	73	8,2	42	13,8
Zwangsgedanken	62	7,0	10	3,3

Wahn

Wahnstimmung	208	23,3	30	9,8
Wahnwahrnehmung	106	11,9	12	3,9
Wahneinfall	96	10,8	14	4,6
Wahngedanken	171	19,2	24	7,9
systemat. Wahn	79	8,9	15	4,9
Wahndynamik	132	14,8	19	6,2
Beziehungswahn	176	19,8	26	8,5
Beeinträcht.-, Verfolg.-Wahn	191	21,4	27	8,9
Größenwahn	58	6,5	4	1,3
andere Wahninhalte	50	5,6	4	1,3

Sinnestäuschungen

Stimmenhören	132	14,8	15	4,9
--------------	-----	------	----	-----

häufiger bei Pat. mit NL u/o AD häufiger bei Pat. mit NL- AD-

Ich-Störungen

Gedankenausbreitung	56	6,3	7	2,3
Gedankenentzug	30	3,4	3	*
Gedankeneingebung	67	7,5	5	1,6
andere Fremdbeeinfl.-Erlebnisse	72	8,1	8	2,6

Störungen der Affektivität

affektarm	185	20,8	45	14,8
	499	56,0	210	68,9
	268	30,1	124	40,7
euphorisch	116	13,0	19	6,2
gereizt	225	25,3	41	13,4
gesteigerte Selbstwertgefühle	81	9,1	16	5,2
Parathymie	102	11,4	21	6,9
				deprimiert
				hoffnungslos

Antriebs- und psychomotorische Störungen

antriebsgesteigert	219	24,6	52	17,0
motorisch unruhig	340	38,2	89	29,2
manieriert/bizarrr	81	9,1	15	4,9
mutistisch	55	6,2	7	2,3

Andere Störungen

soziale Umtriebigkeit	97	10,9	10	3,3
Suizidalität	199	22,3	87	28,5

häufiger bei Pat. mit NL u/o AD Anz. % | Anz. % häufiger bei Pat. mit NL- AD-

Mangel an Krankheitsgefühl
Ablehnung der Behandlung

202 22,7 34 11,1
124 13,9 29 9,5

Schlaf- und Vigilanzstörungen

Durchschlafstörungen

564 63,3 172 56,4

Gastro-intestinale Störungen

Mundtrockenheit

75 8,4 13 4,3
68 7,6 51 16,7
22 2,5 23 7,5
102 11,4 52 17,0
17 1,9 14 4,6

Übelkeit
Erbrechen
Magenbeschwerden
Diarrhoe

Kardio-respiratorische Störungen

52 5,8 28 9,2
104 11,7 55 18,0
123 13,8 60 19,7

Atembeschwerden
Schwindel
Herzklopfen

Andere vegetative Störungen

146 16,4 90 29,5

Schwitzen vermehrt

Weitere Störungen

136 15,3 67 22,0

Kopfdruck

häufiger bei Pat. mit NL u/o AD häufiger bei Pat. mit NL- AD-

Neurologische Störungen

81	9,1	64	21,0	Tremor
14	1,6	14	4,6	Ataxie

* < 1,0 %

4.2.3.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Neuroleptika bekommen haben, und der Patienten, die keine Neuroleptika bekommen haben

Wenn man die 1196 medikamentös behandelten Patienten unter dem Gesichtspunkt der am häufigsten verordneten Medikamentengruppe, der Neuroleptika, betrachtet, so muß man den 627 Patienten, die Neuroleptika erhalten haben, 569 Patienten ohne Neuroleptika-Therapie gegenüberstellen.

4.2.3.1 Gegenüberstellung der Diagnosen

Bei der Patientengruppe, die Neuroleptika erhalten hat, sind die Rangstufen der Diagnosehäufigkeiten sehr auffällig: allein über die Hälfte (53,1 %) der Patienten hat eine Schizophrenie. Ein knappes Drittel dieser Patienten hat eine schizoaffektive Psychose (16,4 %); die anderen 36,7 % verteilen sich auf die übrigen Formen der Schizophrenien. Ein Fünftel der Patienten hat eine affektive Psychose (20,7 %). Auch diese Patienten teilen sich im Verhältnis 1:2 auf die manischen (6,5 %) bzw. die depressiven (14,2 %) Formen der affektiven Psychosen auf. Alle anderen Diagnosegruppen umfassen jeweils weniger als 5 % dieser Patientengruppe. Die relativ wichtigsten Gruppen davon sind die Diagnosen Neurosen, paranoide Syndrome und Alkoholpsychosen.

Tabelle 4.2.3 - 1

Diagnosen der Patienten, die Neuroleptika bekommen haben
({N+A-} plus {N+A+})

	Anz.	%	% aller Pat.
Schizophrenien (ohne 295.7)	230	36,7	15,3
schizoaffektive Psychosen	103	16,4	6,9
depressive affektive Psychosen	89	14,2	5,9
Manien	41	6,5	2,7
Neurosen	30	4,8	2,0
paranoide Syndrome	26	4,2	1,7
Alkoholpsychosen	17	2,7	1,1
andere nichtorg. Psychosen	12	1,9	*
Alkoholismus	9	1,4	*
psychogene Reaktionen	8	1,3	*
präsenile, senile Psychosen	8	1,3	*
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit	7	1,1	*
vorübergehende org. Psychosen	7	1,1	*
sonstige Diagnosen	40	6,4	
	627	100,0	41,8

* < 1,0 %

In der Vergleichsgruppe heben sich ebenfalls, jedoch weit weniger ausgeprägt, zwei Diagnosegruppen von einem Unterfeld ab. Hier handelt es sich um die depressiven affektiven Psychosen (26,9 %) und die Neurosen (23,2 %). Wegen der großen Distanz von der zweithäufigsten zur dritthäufigsten Diagnose kann man hier alle weiteren Diagnosen zum Unterfeld rechnen, das angeführt wird von den Diagnosegruppen Alkoholismus (8,3 %), Manien

(6,3 %), Schizophrenien ohne die schizoaffektiven Psychosen (5,6 %) und den psychogenen Reaktionen (5,1 %). Dieses Unterfeld umfaßt beinahe 50 % dieser Patientengruppe.

Tabelle 4.2.3 - 2

Diagnosen der Patienten, die keine Neuroleptika bekommen haben
({N-A+} plus {N-A-})

	Anz.	%	% aller Pat.
depressive affektive Psychosen	153	26,9	10,2
Neurosen	132	23,2	8,8
Alkoholismus	47	8,3	3,1
Manien	36	6,3	2,4
Schizophrenien (ohne 295.7)	32	5,6	2,1
psychogene Reaktionen	29	5,1	1,9
schizoaffektive Psychosen	21	3,7	1,4
Persönlichkeitsstörungen	18	3,2	1,2
Alkoholpsychosen	13	2,3	*
paranoide Syndrome	11	1,9	*
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit	9	1,6	*
Drogen-, Medikamentenmißbrauch	9	1,6	*
andere nichtorg. Psychosen	8	1,4	*
präsenile, senile Psychosen	8	1,4	*
sonstige Diagnosen	43	7,5	
	569	100,0	37,9

* < 1,0 %

4.2.3.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen

Beim Vergleich der Medikamente, die ungeachtet der Entscheidung über das Neuroleptikum den Patienten dieser beiden Gruppen verordnet wurden, ergeben sich für alle Medikamentengruppen außer den Lithiumpräparaten signifikante Unterschiede der Verordnungshäufigkeit. Bis auf die Antiparkinsonmittel, die bei Patienten mit Neuroleptika-Therapie häufiger zur Anwendung kamen, liegt das Übergewicht immer bei den Patienten, die keine Neuroleptika erhalten haben. Dieses relative Überwiegen spiegelt sich ent-

Tabelle 4.2.3 - 3

Medikamentenverordnungen der Patienten, die Neuroleptika bekommen haben, und der Patienten, die keine Neuroleptika bekommen haben

	NL (n = 627)		keine NL (n = 569)	
	Anz.	%	Anz.	%
Neuroleptika	627	100,0	0	0
Antidepressiva	117	18,7	264	46,4
Tranquilizer	120	19,1	184	32,3
Hypnotika	223	35,6	389	68,4
Antiparkinsonmittel	153	24,2	20	3,5
Lithiumpräparate	37	5,9	21	3,7
Sondermittel	14	2,2	51	9,0
Summe der Verordnungen	1291		929	
durchschn. Anz. an Verordn.	2,06		1,63	

sprechend auch in der durchschnittlichen Anzahl der verordneten Medikamente wider. Zwar scheint die mit Neuroleptika behandelte Patientengruppe mit 2,06 Medikamenten pro Patient über der Vergleichsgruppe (1,63 Medikamente/Patient) zu liegen. Wenn man aber das durch die Fragestellung festgelegte Vorhandensein bzw. Fehlen eines Neuroleptikums im Verordnungsplan berücksichtigt, so haben die Patienten ohne Neuroleptika-Therapie durchschnittlich 0,57 zusätzliche Medikamente mehr erhalten.

In dieser Gruppe sind die Hypnotika die wichtigste Medikamentengruppe im Verordnungsplan. Sie wurden für 68,4 % der Patienten verordnet. Danach folgen Antidepressiva (46,4 %) und Tranquilizer (32,3 %). Sondermittel, Lithiumpräparate und Antiparkinsonmittel wurden bei weniger als 10 % der Patienten verordnet.

Die Antiparkinsonmittel, die in dieser Patientengruppe am seltensten zur Anwendung kamen (3,5 %), nehmen dagegen in der Gruppe der Patienten mit Neuroleptika-Therapie unter den zusätzlich zu den Neuroleptika verordneten Medikamenten nach den Hypnotika (35,6 %) den zweiten Rang ein (24,4 %). Danach folgen Tranquilizer und Antidepressiva mit fast gleicher Verordnungshäufigkeit (19,1 % bzw. 18,7 %) vor den selten verordneten Lithiumpräparaten und den Sondermitteln. All diese zusätzlich zum Neuroleptikum verordneten Medikamente verteilen sich auf 441 Patienten, denn 186 Patienten wurden in der ersten Behandlungswoche ausschließlich mit Neuroleptika behandelt.

4.2.3.3 Gegenüberstellung der Symptomatik

Die Symptomatik beider Gruppen unterscheidet sich bereits in der durchschnittlichen Anzahl von Symptomen. Die Patienten mit Neuroleptika-Therapie haben bei durchschnittlich 20,02 Symptomen immerhin 2,01 Symptome mehr als die Patienten der Vergleichs-

gruppe (18,01 Symptome/Patient) und damit eine entschieden vielfältigere Symptomatik. Dieses Übergewicht in der Symptomatik zeigt sich auch beim Vergleich der einzelnen Symptome. Von den 92 Symptomen, bei denen ein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit des Auftretens vorliegt, kommen bei den mit Neuroleptika behandelten Patienten 57 Symptome häufiger, dagegen nur 35 seltener vor als bei den Patienten ohne Neuroleptika-Therapie. Während diese 35 Symptome fast zu gleichen Teilen aus psychischen und somatischen Symptomen bestehen, gibt es unter den 57 häufiger vorkommenden Symptomen nur ein einziges somatisches Symptom (Appetit vermehrt). Das bedeutet, daß von den 100 möglichen Symptomen für den psychopathologischen Befund im AMDP-Untersuchungsbogen 56 mit signifikantem Unterschied häufiger bei den Patienten vorkommen, die mit Neuroleptika behandelt werden. Hierbei sind in besonders starkem Ausmaß Symptome aus den Gruppen der Orientierungsstörungen, Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und der "anderen", sozialen Störungen sowie der formalen Denkstörungen, Affektivitäts- und Antriebsstörungen vor allem in beschleunigter, gesteigerter und verzerrter Art vertreten.

Die 35 Symptome, die bei Patienten ohne Neuroleptika-Therapie häufiger vorkommen, umfassen neben vielen somatischen Symptomen auch 16 psychische Symptome, wovon allein neun zur Symptomgruppe der Affektivitätsstörungen gehören. Das stark depressive Bild, das durch diese neun Symptome gezeichnet ist, wird durch die anderen Symptome, z.B. Grübeln, Antriebsminderung, Suizidalität und die typische depressive Tagesrhythmik verstärkt. Auch die somatischen Symptome, die sich vor allem aus Schlaf-, Appetenz- und vegetativen Störungen zusammensetzen, verstärken diesen Eindruck.

Symptome, die bei den Patienten mit bzw. ohne Neuroleptika-Therapie mit signifikant unterschiedlicher Häufigkeit auftreten

	häufiger bei Patienten mit NL (n = 627)		häufiger bei Patienten ohne NL (n = 569)	
	Anz.	%	Anz.	%
<u>Orientierungsstörungen</u>				
zeitlich	75	12,0	40	7,0
örtlich	53	8,5	26	4,6
situativ	56	8,9	27	4,8
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>				
Auffassungsstörungen	194	30,9	112	19,7
Konzentrationsstörungen	367	58,5	289	50,8
Paramnesien	17	2,7	2	*
<u>Formale Denkstörungen</u>				
umständlich	171	27,3	109	19,2
eingeengt	224	35,7	165	29,0
	116	18,5	150	26,4
Gedankendrängen	72	11,5	20	3,5

Grübeln

häufiger bei Patienten mit NL

Anz. % | Anz. %

ideenflüchtig	111	17,7	24	4,2
Vorbeireden	138	22,0	33	5,8
gesperrt/Cedankenabreißen	90	14,4	18	3,2
inkohärent/zerfahren	185	29,5	26	4,6
Neologismen	31	4,9	4	*

Befürchtungen und Zwänge

Mißtrauen	172	27,4	91	16,0
	32	5,1	83	14,6

Hypochondrie (n. wahnhaft)

Wahn

Wahnstimmung	198	31,6	40	7,0
Wahnwahrnehmung	103	16,4	15	2,6
Wahneinfall	93	14,8	17	3,0
Wahngedanken	160	25,5	35	6,2
systemat. Wahn	77	12,3	17	3,0
Wahndynamik	127	20,3	24	4,2
Beziehungswahn	165	26,3	37	6,5
Beeinträcht.-, Verfolg.-Wahn	182	29,0	36	6,3
Eifersuchtswahn	16	2,6	4	*
Größenwahn	58	9,3	4	*
andere Wahninhalte	46	7,3	8	1,4

häufiger bei Patienten ohne NL

Anz. % | Anz. %

Sinnestäuschungen

Illusionen	26	4,2	8	1,4
Stimmenhören	127	20,3	20	3,5
andere akust. Halluzinationen	35	5,6	9	1,6
optische Halluzinationen	39	6,2	17	3,0
Körperhalluzinationen	36	5,7	12	2,1
Geruchs-, Geschmackshalluzinat.	33	5,3	7	1,2

Ich-Störungen

Derealisation	54	8,6	18	3,2
Depersonalisation	54	8,6	25	4,4
Gedankenausbreitung	52	8,3	11	1,9
Gedankenentzug	26	4,2	7	1,2
Gedankeneingebung	66	10,5	6	1,1
andere Fremdbeeinfl.-Erlebnisse	69	11,0	11	1,9

Störungen der Affektivität

affektarm	39	6,2	69	12,1	Gefühl der Gefühllosigkeit
	134	21,4	96	16,9	
	144	23,0	270	47,5	Störung der Vitalgefühle
	284	45,3	425	74,7	deprimiert
	129	20,6	263	46,2	hoffnungslos
	274	43,7	308	54,1	ängstlich

häufiger bei Patienten mit NL

euphorisch	112	17,9	23	4,0	
gereizt	200	31,9	66	11,6	
	92	14,7	196	34,5	klagsam/jammerig
gesteigerte Selbstwertgefühle	128	20,4	256	45,0	Insuffizienzgefühle
	66	10,5	31	5,5	
	83	13,2	128	22,5	Schuldgefühle
ambivalent	10	1,6	31	5,5	Verarmungsgefühle
Parathymie	136	21,7	77	13,5	
affektstarr	95	15,2	28	4,9	
	103	16,4	58	10,2	

Antriebs- und psychomotorische Störungen

	194	30,9	225	39,5	antriebsarm
antriebsgesteigert	108	17,2	126	22,1	antriebsgehemmt
motorisch unruhig	193	30,8	78	13,7	
Parakinesen	274	43,7	155	27,2	
manieriert/bizar	37	5,9	8	1,4	
mutistisch	73	11,6	23	4,0	
logorrhöisch	53	8,5	9	1,6	
	78	12,4	37	6,5	

Circadiane Besonderheiten

59	9,4	125	22,0	morgens schlechter
9	1,4	35	6,2	abends besser

häufiger bei Patienten mit NL

Anz. % | Anz. %

häufiger bei Patienten ohne NL

Kardio-respiratorische Störungen

29	4,6	51	9,0	Atembeschwerden
57	9,1	102	17,9	Schwindel
74	11,8	109	19,2	Herzklopfen
36	5,7	83	14,6	Herzdruck

Andere vegetative Störungen

91	14,5	145	25,5	Schwitzen vermehrt
----	------	-----	------	--------------------

Weitere Störungen

76	12,1	127	22,3	Kopfdruck
16	2,6	31	5,5	Schweregefühl in den Beinen
6	*	24	4,2	Hitzegefühl

Neurologische Störungen

53	8,5	92	16,2	Tremor
----	-----	----	------	--------

* < 1,0 %

4.2.4.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Neuroleptika und Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die Neuroleptika, jedoch keine Antidepressiva bekommen haben

Genauso, wie sich die Patienten mit oder ohne Neuroleptika-Therapie vergleichend einander gegenüberstellen ließen, kann man innerhalb der mit Neuroleptika behandelten Patienten die beiden Medikationsgruppen voneinander trennen und miteinander vergleichen, die sich in Hinblick auf die Verordnung von Antidepressiva unterscheiden. Es werden hier also die 117 Patienten, die beide Medikamentengruppen erhalten haben, denjenigen 510 Patienten gegenübergestellt, die Neuroleptika ohne die Kombination mit Antidepressiva erhalten haben.

4.2.4.1 Gegenüberstellung der Diagnosen

Die Patientengruppe mit Kombinationstherapie ist die kleinste Gruppe, die in dieser Arbeit zu einem Vergleich herangezogen wird. Deshalb bedeuten - nach den depressiven affektiven Psychosen (44,4 %) und den Schizophrenien ohne die schizoaffektiven Psychosen (12,8 %) - die jeweils 11 Patienten mit einer Neurose bzw. einer Manie immerhin 9,4 % und die 9 Patienten mit einer schizoaffektiven Psychose 7,7 % dieser Patientengruppe, auch wenn dabei jeweils weniger als 1 % der gesamten Klinikpopulation zusammengefaßt wird. Alle weiteren Diagnosegruppen schließen jeweils höchstens 3 Patienten zusammen.

Tabelle 4.2.4 - 1

Diagnosen der Patienten, die Neuroleptika und Antidepressiva bekommen haben ({N+A+})

	Anz.	%	% aller Pat.
depressive affektive Psychosen	52	44,4	3,5
Schizophrenien (ohne 295.7)	15	12,8	1,0
Neurosen	11	9,4	*
Manien	11	9,4	*
schizoaffektive Psychosen	9	7,7	*
andere nichtorg. Psychosen	3	2,6	*
präsenile, senile Psychosen	3	2,6	*
psychogene Reaktionen	2	1,7	*
Persönlichkeitsstörungen	2	1,7	*
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit	2	1,7	*
sonstige Diagnosen	7	6,0	
	117	100,0	7,8

* < 1,0 %

Nachdem sich in dieser Gruppe die Rangfolge der wichtigsten Diagnosegruppen im Vergleich zur Gesamtgruppe der mit Neuroleptika behandelten Patienten umgedreht hat, muß sich zwangsläufig deren Rangfolge bei der nicht antidepressiv behandelten Vergleichsgruppe entsprechend schärfer herausheben. Die Schizophrenien umfassen in dieser Vergleichsgruppe insgesamt 60,6 %, wovon wieder ein knappes Drittel von den schizoaffektiven Psychosen gestellt wird (18,4 %). Der Abstand zu den nächsthäufigeren Diagnosegruppen, den depressiven (7,3 %) und manischen (5,9 %) affektiven Psychosen ist noch größer geworden im Vergleich zur gesamten Patientengruppe

mit Neuroleptika-Therapie. Der Abstand dieser zwei Diagnosegruppen zum Unterfeld, das von den paranoiden Syndromen, den Neurosen und den Alkoholpsychosen angeführt wird, ist kaum mehr zu erkennen.

Tabelle 4.2.4 - 2

Diagnosen der Patienten, die Neuroleptika, aber keine Antidepressiva bekommen haben ({N+A-})

	Anz.	%	% aller Pat.
Schizophrenien (ohne 295.7)	215	42,2	14,3
schizoaffektive Psychosen	94	18,4	6,3
depressive affektive Psychosen	37	7,3	2,5
Manien	30	5,9	2,0
paranoide Syndrome	25	4,9	1,7
Neurosen	19	3,7	1,3
Alkoholpsychosen	16	3,1	1,1
andere nichtorg. Psychosen	9	1,8	*
Alkoholismus	8	1,6	*
vorübergehende org. Psychosen	7	1,4	*
psychogene Reaktionen	6	1,2	*
sonstige Diagnosen	44	8,5	
	510	100,0	34,0

* < 1,0 %

4.2.4.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen

Bei den Medikamentenverordnungen unterscheiden sich die beiden Patientengruppen bereits in der durchschnittlichen Medikamentenanzahl. Den Patienten, die Neuroleptika, aber keine Antidepressiva erhielten, wurden durchschnittlich 1,83 Medikamente verordnet, den Patienten mit Kombinationstherapie dagegen 3,08 Medikamente. Das bedeutet, daß in dieser Patientengruppe außer dem Antidepressivum noch jedem vierten Patienten ein zusätzliches Medikament mehr verordnet wurde als bei der Vergleichsgruppe. Läßt man für

Tabelle 4.2.4 - 3

Medikamentenverordnungen der Patienten, die Neuroleptika und Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die Neuroleptika ohne Antidepressiva bekommen haben

	NL+ AD+ (n = 117)		NL+ AD- (n = 510)	
	Anz.	%	Anz.	%
Neuroleptika	117	100,0	510	100,0
Antidepressiva	117	100,0	0	0
Tranquilizer	40	34,2	80	15,7
Hypnotika	63	53,8	160	31,4
Antiparkinsonmittel	12	10,3	141	27,6
Lithiumpräparate	10	8,5	27	5,3
Sondermittel	1	0,9	13	2,5
Summe der Verordnungen	360		931	
durchschn. Anz. an Verordn.	3,08		1,83	

diese Überlegung die 32 Patienten außer acht, die außer den festgelegten Neuroleptika und Antidepressiva keine weiteren Medikamente bekommen haben, so kann man sogar sagen, daß zwei von drei Patienten mit Kombinationstherapie bei Betrachtung der unabhängig von der Fragestellung verordneten Medikamente noch Substanzen aus einer weiteren Medikamentengruppe erhielten als die Patienten mit "reiner" Neuroleptika-Therapie (d.h. ohne Antidepressiva). Dieses Übergewicht der zusätzlich zum Neuroleptikum und - in dieser Gruppe auch - Antidepressivum verordneten Medikamente beruht vor allem auf der hohen Verordnungshäufigkeit von Hypnotika (53,8 %) und Tranquilizer (34,2 %). Sie wurden signifikant häufiger angewendet als in der Vergleichsgruppe (31,4 % bzw. 15,7 %). Besonders auffallend ist der Unterschied in der Verordnungshäufigkeit von Antiparkinsonmitteln, die bei denjenigen Patienten signifikant häufiger zur Anwendung kamen, die neben dem Neuroleptikum kein Antidepressivum erhalten haben. Lithiumpräparate und Sondermittel wurden relativ selten und ohne signifikante Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen eingesetzt.

4.2.4.3 Gegenüberstellung der Symptomatik

Im Unterschied zur Medikamentenverordnung zeigt sich in der Symptomatik beider Patientengruppen ein - zumindest zahlenmäßig - nahezu ausgewogenes Bild. Die Patienten mit Kombinationstherapie haben durchschnittlich 19,81 Symptome, während die Patienten ohne zusätzliche antidepressive Therapie 20,07 Symptome aufweisen. Ebenso verteilen sich die 70 einzelnen Symptome, die mit signifikant unterschiedlicher Häufigkeit auftreten, nahezu gleichmäßig auf die beiden Gruppen, d.h. 32 Symptome kommen bei den Patienten mit Kombinationstherapie häufiger und 38 Symptome seltener vor als bei der Vergleichsgruppe.

Während jedoch die 32 häufiger vorkommenden Symptome sich nahezu in einem Verhältnis aus Symptomen des psychischen und somatischen Befundes zusammensetzen, das dem Verhältnis der im AMDP-Untersuchungsbogen angebotenen Symptome entspricht, sind alle Symptome, die bei den Patienten mit antidepressiva-freier Neuroleptika-Therapie häufiger vorkommen, psychische Symptome. Es handelt sich dabei in erster Linie um Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, formale Denk-, Affektivitäts- und Antriebsstörungen in gesteigerter und verzerrter Art sowie um die sogenannten "anderen" Störungen, die das soziale Verhalten und die Einstellung zur eigenen Krankheit beschreiben. In grober Zusammenfassung kann man sagen, daß sich die Symptome, die sich bei den Patienten mit Neuroleptika-Therapie im Vergleich zu den Patienten ohne Neuroleptika-Therapie besonders hervorgehoben haben, hier in etwas geringerer Vielfalt wiederholen.

Die Parallelität der beiden Vergleiche zeigt sich auch in den Symptomen, die bei den jeweiligen Vergleichsgruppen häufiger vorkommen. Wenn man die Symptome, die bei den Patienten mit Kombinationstherapie häufiger auftreten als bei den Patienten mit "reiner" Neuroleptika-Therapie (d.h. ohne Kombination mit Antidepressiva), mit denjenigen Symptomen vergleicht, die bei den Patienten ohne Neuroleptika häufiger auftreten als bei den Patienten mit Neuroleptika, so kann man sagen, daß die Symptome aus dem Bereich des psychopathologischen Befundes nahezu identisch sind, während bei den somatischen Symptomen zwar einige Symptome weniger genannt werden, jedoch nur ein einziges Symptom neu genannt wird (Durchschlafstörungen), das zudem durch die Zugehörigkeit zu den Schlaf- und Vigilanzstörungen keine Veränderung im Gesamtbild verursacht.

Tabelle 4.2.4 - 4

Symptome, die bei den Patienten, die Neuroleptika mit bzw. ohne Antidepressiva bekommen haben, mit signifikant unterschiedlicher Häufigkeit auftreten

	häufiger bei Patienten mit NL+ AD+ (n = 117)		häufiger bei Patienten mit NL+ AD- (n = 510)	
	Anz.	%	Anz.	%
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>				
Merkfähigkeitsstörungen Gedächtnisstörungen	24	20,5	170	33,3
	50	42,7	139	27,3
	37	31,6	85	16,7
<u>Formale Denkstörungen</u>				
verlangsamt	48	41,0	127	24,9
Grübeln	36	30,8	80	15,7
	6	5,1	105	20,6
	5	4,3	133	26,1
	8	6,8	82	16,1
	12	10,3	173	33,9
	1	*	30	5,9
				ideenflüchtig
				Vorbeireden
				gesperrt/Gedankenabreißen
				inkohärent/zerfahren
				Neologismen
<u>Befürchtungen und Zwänge</u>				
	23	19,7	149	29,2
				Mißtrauen

häufiger bei Pat. mit NL+ AD+ häufiger bei Pat. mit NL+ AD-

Hypochondrie (n. wahnhaft)

Zwangsdenken

Anz.	%		Anz.	%
14	12,0		18	3,5
15	12,8		28	5,5

Wahn

14	12,0	184	36,1	Wahnstimmung
5	4,3	98	19,2	Wahnwahrnehmung
8	6,8	85	16,7	Wahneinfall
16	13,7	144	28,2	Wahngedanken
2	1,7	75	14,7	systemat. Wahn
9	7,7	118	23,1	Wahndynamik
14	12,0	151	29,6	Beziehungswahn
17	14,5	165	32,4	Beeinträcht.-, Verfolg.-Wahn
13	11,1	17	3,3	
6	5,1	4	*	
0	*	58	11,4	Größenwahn
2	1,7	44	8,6	andere Wahninhalte

Schuldwahn

Verarmungswahn

Sinnestäuschungen

1	*	25	4,9	Illusionen
8	6,8	119	23,3	Stimmenhören
2	1,7	37	7,3	optische Halluzinationen
1	*	35	6,9	Körperhalluzinationen

häufiger bei Pat. mit NL+ AD+ Anz. % | Anz. % häufiger bei Pat. mit NL+ AD-

Antriebs- und psychomotorische Störungen

antriebsarm	54	46,2	140	27,5	
antriebsgehemmt	38	32,5	70	13,7	
	16	13,7	177	34,7	antriebsgesteigert
	36	30,8	238	46,7	motorisch unruhig
	3	2,6	70	13,7	manieriert/bizar

Andere Störungen

sozialer Rückzug	70	59,8	200	39,2	
	3	2,6	83	16,3	soziale Umtriebigkeit
	8	6,8	121	23,7	Aggressivität
Suizidalität	35	29,9	69	13,5	
	10	8,6	182	35,7	Mangel an Krankheitsgefühl
	19	16,2	214	42,0	Mangel an Krankheitseinsicht
	7	6,0	97	19,0	Ablehnung der Behandlung

Schlaf- und Vigilanzstörungen

Einschlafstörungen
Durchschlafstörungen
Früherwachen
Müdigkeit

	78	66,7	289	56,7
	84	71,8	292	57,3
	27	23,1	57	11,2
	23	19,7	63	12,4

häufiger bei Pat. mit NL+ AD-

häufiger bei Pat. mit NL+ AD+

Anz. % | Anz. %

Appetenzstörungen

57 48,7 183 35,9

Appetit vermindert

Gastro-intestinale Störungen

16 13,7 19 3,7

Übelkeit

24 20,5 47 9,2

Obstipation

Kardio-respiratorische Störungen

11 9,4 18 3,5

Atembeschwerden

19 16,2 38 7,5

Schwindel

15 12,8 21 4,1

Herzdruck

Weitere Störungen

21 18,0 55 10,8

Kopfdruck

* < 1,0 %

4.2.5.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die keine Antidepressiva bekommen haben

Ebenso, wie die vier Medikationsgruppen in Hinblick auf eine Neuroleptika-Therapie getrennt werden konnten, kann man die beiden antidepressiv behandelten Patientengruppen den anderen zwei Medikationsgruppen gegenüberstellen. Insgesamt erhielten 381 der medikamentös behandelten Patienten Antidepressiva und 815 Patienten keine Antidepressiva.

4.2.5.1 Gegenüberstellung der Diagnosen

Bei den antidepressiv behandelten Patienten hatten 43,0 % eine depressive affektive Psychose. Die restlichen 217 Patienten verteilen sich vor allem auf vier Diagnosegruppen, die in weitem Abstand zu dieser Diagnosegruppe stehen. Bei 17,1 % der Patienten wurde eine Neurose, bei 8,9 % eine Manie und bei insgesamt 11,6 % eine schizoaffektive Psychose oder eine andere Form der Schizophrenie diagnostiziert. Alle anderen Diagnosen wurden bei weniger als 5 % der Patienten dieser Gruppe festgestellt.

Tabelle 4.2.5^r - 1

Diagnosen der Patienten, die Antidepressiva bekommen haben
({N+A+} plus {N-A+})

	Anz.	%	% aller Pat.
depressive affektive Psychosen	164	43,0	10,9
Neurosen	65	17,1	4,3
Manien	34	8,9	2,3
Schizophrenien (ohne 295.7)	25	6,6	1,7
schizoaffektive Psychosen	19	5,0	1,3
psychogene Reaktionen	16	4,2	1,1
Alkoholismus	10	2,6	*
Persönlichkeitsstörungen	8	2,1	*
präsenile, senile Psychosen	7	1,8	*
andere nichtorg. Psychosen	6	1,6	*
paranoide Syndrome	5	1,3	*
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit	4	1,0	*
sonstige Diagnosen	18	4,8	
	381	100,0	25,4

* < 1,0 %

Auch bei den Patienten, die keine Antidepressiva bekommen haben, steht eine Diagnose weit vor den anderen: bei 42,0 % der Patienten lag eine Schizophrenie vor, wobei wieder ein Drittel durch die schizoaffektiven Psychosen gestellt wird. Danach folgen als nächsthäufige Diagnosegruppen die Neurosen (11,9 %), die depressiven affektiven Psychosen (9,6 %) und - wiederum durch einen größeren Abstand getrennt - die Diagnosen Alkoholismus und Manien. Alle weiteren Diagnosegruppen umfassen jeweils weniger als 5 % dieser Patientengruppe.

Tabelle 4.2.5 - 2

Diagnosen der Patienten, die keine Antidepressiva bekommen haben
({N+A-} plus {N-A-})

	Anz.	%	% aller Pat.
Schizophrenien (ohne 295.7)	237	29,1	15,8
schizoaffektive Psychosen	105	12,9	7,0
Neurosen	97	11,9	6,5
depressive affektive Psychosen	78	9,6	5,2
Alkoholismus	46	5,6	3,1
Manien	43	5,3	2,9
paranoide Syndrome	32	3,9	2,1
Alkoholpsychosen	29	3,6	1,9
psychogene Reaktionen	21	2,6	1,4
Persönlichkeitsstörungen	15	1,8	1,0
andere nichtorg. Psychosen	14	1,7	*
Drogen-, Medikamentenabhängigkeit	12	1,5	*
vorübergehende org. Psychosen	10	1,2	*
präsenile, senile Psychosen	9	1,1	*
Drogen-, Medikamentenmißbrauch	9	1,1	*
sonstige Diagnosen	58	7,1	
	815	100,0	54,3

* < 1,0 %

4.2.5.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen

An Medikamenten wurden in der Patientengruppe mit Antidepressiva-Therapie vor allem Hypnotika (58,3 %), Tranquilizer (33,1 %) und

Neuroleptika (30,7 %) zusätzlich verordnet. 68 Patienten erhielten allerdings kein weiteres Medikament. Durchschnittlich erhielt jeder Patient dieser Gruppe Medikamente aus 2,34 verschiedenen Medikamentengruppen.

Dagegen erhielten die Patienten der nicht antidepressiv behandelten Gruppe durchschnittlich nur 1,63 Medikamente. Wenn man aber das durch die Fragestellung festgelegte Fehlen der Antidepressiva berücksichtigt, so erhielten diese Patienten durchschnittlich 0,29 Medikamente mehr als die Patienten mit Antidepressiva-Therapie.

Tabelle 4.2.5 - 3

Medikamentenverordnungen der Patienten, die Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die keine Antidepressiva bekommen haben

	AD (n = 381)		keine AD (n = 815)	
	Anz.	%	Anz.	%
Neuroleptika	117	30,7	510	62,6
Antidepressiva	381	100,0	0	0
Tranquillizer	126	33,1	178	21,8
Hypnotika	222	58,3	390	47,9
Antiparkinsonmittel	20	5,3	153	18,8
Lithiumpräparate	22	5,8	36	4,4
Sondermittel	4	1,1	61	7,5
Summe der Verordnungen	892		1328	
durchschn. Anz. an Verordn.	2,34		1,63	

Bei den nicht antidepressiv behandelten Patienten wurden vor allem Neuroleptika verordnet (62,6 %). Danach folgen Hypnotika (47,9 %), Tranquilizer (21,8 %) und Antiparkinsonmittel (18,8 %). Der größte Unterschied in der Medikation beider Gruppen - natürlich ohne Berücksichtigung der Antidepressiva-Verordnung - liegt in der Verordnungshäufigkeit der Neuroleptika vor; aber auch Antiparkinsonmittel und Sondermittel wurden bei den nicht antidepressiv behandelten Patienten signifikant häufiger verordnet. Dagegen ist die Verordnungshäufigkeit von Tranquilizer und Hypnotika trotz der relativ hohen Anzahl signifikant niedriger als bei den Patienten mit Antidepressiva-Therapie. Für Lithiumpräparate liegt kein signifikanter Unterschied in der Verordnungshäufigkeit vor.

4.2.5.3 Gegenüberstellung der Symptomatik

Beim Vergleich der Symptomatik beider Gruppen fällt der geringe Unterschied in der durchschnittlichen Anzahl an Symptomen auf. Die Patienten mit antidepressiver Therapie haben durchschnittlich 19,04 Symptome, die Patienten, die keine Antidepressiva erhielten, 19,07 Symptome.

Bei den einzelnen Symptomen ergeben sich jedoch in 94 von 140 möglichen Fällen signifikante Unterschiede. Bei den Patienten, die mit Antidepressiva behandelt wurden, treten neben einigen somatischen Symptomen (z.B. Schlaf- und Appetenzstörungen sowie andere vegetative Symptome) auch viele Symptome aus dem psychopathologischen Befund in signifikant höherem Maße auf. Es handelt sich dabei um Gedächtnisstörungen, formale Denk- und psychomotorische Störungen in der verlangsamten, gehemmten Richtung, Schuld- und Verarmungsgefühle (auch wahnhaft), ängstliche und depressive Affektstörungen, sozialen Rückzug, Suizidalität und die typische depressive Tagesrhythmik.

Die Symptome, die bei den nicht antidepressiv behandelten Patienten mit signifikant größerer Häufigkeit auftreten, umfassen Orientierungsstörungen, Auffassungsstörungen, formale Denkstörungen der beschleunigten und zerfahrenen Art, Mißtrauen, Wahnsymptome, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen, Affektivitäts- und psychomotorische Störungen verschiedener Art (gehoben, stark gedämpft und gemischt) sowie soziale Störungen vor allem in aggressiver und ablehnender Art.

Tabelle 4.2.5 - 4

Symptome, die bei den Patienten mit bzw. ohne Antidepressiva-Therapie mit signifikant unterschiedlicher Häufigkeit auftreten

	häufiger bei Patienten mit AD (n = 381)		häufiger bei Patienten ohne AD (n = 815)	
	Anz.	%	Anz.	%
<u>Orientierungsstörungen</u>				
	22	5,8	93	11,4
	17	4,5	66	8,1
				zeitlich
				situativ
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>				
Merkfähigkeitsstörungen Gedächtnisstörungen	78	20,5	228	28,0
	134	35,2	214	26,3
	92	24,2	131	16,1
	1	*	18	2,2
				Paramnesien
<u>Formale Denkstörungen</u>				
gehemmt	72	18,9	105	12,9
verlangsamt	133	34,9	199	24,4
eingengt	140	36,8	249	30,6
Grübeln	121	31,8	145	17,8
	12	3,2	80	9,8
				Gedankendrängen

häufiger bei Patienten mit AD

häufiger bei Patienten ohne AD

12	3,2	123	15,1	ideenflüchtig
12	3,2	159	19,5	Vorbeireden
18	4,7	90	11,0	gesperrt/Gedankenabreißen
16	4,2	195	23,9	inkohärent/zerfahren
2	*	33	4,1	Neologismen

Befürchtungen und Zwänge

61 16,0 202 24,8 Mißtrauen

Hypochondrie (n. wahnhaft)

Phobien

Zwangsdenken

55	14,4	60	7,4
22	5,8	17	2,1
34	8,9	38	4,7

Wahn

24	6,3	214	26,3	Wahnstimmung
8	2,1	110	13,5	Wahnwahrnehmung
11	2,9	99	12,2	Wahneinfall
27	7,1	168	20,6	Wahngedanken
4	1,1	90	11,0	systemat. Wahn
14	3,7	137	16,8	Wahndynamik
25	6,6	177	21,7	Beziehungswahn
26	6,8	192	23,6	Beeinträcht. -, Verfolg. -Wahn
28	7,4	32	3,9	
15	3,9	9	1,1	

Schuldwahn

Verarmungswahn

häufiger bei Patienten mit AD

Anz. % | Anz. %

häufiger bei Patienten ohne AD

0 * 62 7,6
6 1,6 48 5,9

Größenwahn
andere Wahnhinhalte

Sinnestäuschungen

2 * 32 3,9
13 3,4 134 16,4
4 1,1 40 4,9
3 * 53 6,5
3 * 45 5,5
4 1,1 36 4,4

Illusionen
Stimmenhören
andere akust. Halluzinationen
optische Halluzinationen
Körperhalluzinationen
Geruchs-, Geschmackshalluzinationen

Ich-Störungen

9 2,4 63 7,7
15 3,9 64 7,9
6 1,6 57 7,0
2 * 70 8,6
4 1,1 76 9,3

Derealisation
Depersonalisation
Gedankenausbreitung
Gedankeneingebung
andere Fremdbeeinfl.-Erlebnisse

Störungen der Affektivität

Gefühl der Gefühllosigkeit
Störung der Vitalgefühle
deprimiert
hoffnungslos

54 14,2 54 6,6
231 60,6 183 22,5
307 80,6 402 49,3
199 52,2 193 23,7

häufiger bei Patienten mit AD	Anz.	%	Anz.	%	häufiger bei Patienten ohne AD
ängstlich	232	60,9	350	42,9	
	6	1,6	129	15,8	euphorisch
	62	16,3	211	25,9	dysphorisch
	39	10,2	227	27,9	gereizt
klagsam/jammerig	155	40,7	133	16,3	
Insuffizienzgefühle	197	51,7	187	22,9	
	18	4,7	79	9,7	gesteigerte Selbstwertgefühle
Schuldgefühle	105	27,6	106	13,0	
Verarmungsgefühle	28	7,4	13	1,6	
	46	12,1	167	20,5	ambivalent
	16	4,2	107	13,1	Parathymie
<u>Antriebs- und psychomotorische Störungen</u>					
antriebsarm	176	46,2	243	29,8	
antriebsgehemmt	114	29,9	120	14,7	
	42	11,0	229	28,1	antriebsgesteigert
	102	26,8	327	40,1	motorisch unruhig
	6	1,6	39	4,8	Parakinesen
	11	2,9	85	10,4	manieriert/bizarrr
	12	3,2	50	6,1	mutistisch
	21	5,5	94	11,5	logorrhöisch

häufiger bei Patienten mit AD	Anz.	%		Anz.	%	häufiger bei Patienten ohne AD
<u>Circadiane Besonderheiten</u>						
morgens schlechter	121	31,8		63	7,7	
abends besser	25	6,6		19	2,3	
<u>Andere Störungen</u>						
sozialer Rückzug	209	54,9		333	40,9	soziale Umtriebigkeit
	14	3,7		93	11,4	Aggressivität
	23	6,0		159	19,5	
Suizidalität	130	34,1		156	19,1	Selbstbeschädigung
	7	1,8		33	4,1	Mangel an Krankheitsgefühl
	20	5,3		216	26,5	Mangel an Krankheitseinsicht
	52	13,7		292	35,8	Ablehnung der Behandlung
	27	7,1		126	15,5	
<u>Schlaf- und Vigilanzstörungen</u>						
Einschlafstörungen	271	71,1		486	59,6	
Durchschlafstörungen	272	71,4		464	56,9	
Früherwachen	101	26,5		113	13,9	
Müdigkeit	106	27,8		121	14,9	
<u>Appetenzstörungen</u>						
Appetit vermindert	219	57,5		328	40,3	Durst vermehrt
	12	3,2		50	6,1	
Sexualität vermindert	82	21,5		107	13,1	

häufiger bei Patienten mit AD häufiger bei Patienten ohne AD

Gastro-intestinale Störungen

Mundtrockenheit	41	10,8	47	5,8
Übelkeit	49	12,9	70	8,6
Obstipation	91	23,9	101	12,4

Kardio-respiratorische Störungen

Atembeschwerden	34	8,9	46	5,6
Schwindel	66	17,3	93	11,4
Herzdruck	62	16,3	57	7,0

Andere vegetative Störungen

3	*	23	2,8	Seborrhoe
---	---	----	-----	-----------

Weitere Störungen

Kopfdruck	81	21,3	122	15,0
Konversionssymptome	27	7,1	26	3,2

Neurologische Störungen

37	9,7	108	13,3	Tremor
----	-----	-----	------	--------

* < 1,0 %

4.2.6.0 Gegenüberstellung der Patienten, die Neuroleptika und Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die Antidepressiva, jedoch keine Neuroleptika bekommen haben

Innerhalb der 381 antidepressiv behandelten Patienten kann man wieder die beiden Medikationsgruppen voneinander trennen, die sich in Hinsicht auf die Verordnung von Neuroleptika unterscheiden. Die bereits erwähnten 117 Patienten mit Kombinationstherapie (s. Kap. 4.2.4.0) werden hier mit den 264 Patienten verglichen, die Antidepressiva ohne die Kombination mit Neuroleptika erhalten haben.

4.2.6.1 Gegenüberstellung der Diagnosen

Die Diagnoseverteilung der Patientengruppe mit Kombinationstherapie wurde bereits in der Tabelle 4.2.4 - 1 beschrieben.

Bei den 264 Patienten, die Antidepressiva, aber keine Neuroleptika bekommen haben, zeigt sich in der Verteilung der Diagnosehäufigkeiten eine starke Parallelität zur Gesamtgruppe der antidepressiv behandelten Patienten. Das gilt sowohl für die Rangstufen als auch für den prozentualen Anteil an dieser Patientengruppe, und zwar besonders bei den ersten drei Diagnosegruppen. Im Gegensatz zur Patientengruppe mit der Neuroleptika-Antidepressiva-Kombinationstherapie nehmen also nach den depressiven affektiven Psychosen (42,4 %) wieder die Neurosen mit 20,5 % den zweiten und die Manien mit 8,7 % den dritten Rang ein vor den psychogenen Reaktionen (5,3 %), den beiden schizophrenen Diagnosegruppen und den anderen kleineren Diagnosegruppen.

Tabelle 4.2.6 - 1

Diagnosen der Patienten, die Antidepressiva, aber keine Neuroleptika bekommen haben ({N-A+})

	Anz.	%	% aller Pat.
depressive affektive Psychosen	112	42,4	7,5
Neurosen	54	20,5	3,6
Manien	23	8,7	1,5
psychogene Reaktionen	14	5,3	*
Schizophrenien (ohne 295.7)	10	3,8	*
schizoaffektive Psychosen	10	3,8	*
Alkoholismus	9	3,4	*
Persönlichkeitsstörungen	6	2,3	*
paranoide Syndrome	4	1,5	*
präsenile, senile Psychosen	4	1,5	*
andere nichtorg. Psychosen	3	1,1	*
sonstige Diagnosen	15	5,7	
	264	100,0	17,6

* < 1,0 %

4.2.6.2 Gegenüberstellung der Medikamentenverordnungen

Die Patientengruppe, die Antidepressiva ohne die Kombination mit Neuroleptika erhalten hat, setzt sich zusammen aus den bereits erwähnten 68 Patienten, die ausschließlich Antidepressiva bekommen haben, und 196 Patienten, bei denen das Antidepressivum mit mindestens einer weiteren Medikamentengruppe (mit Ausnahme der Neuroleptika) kombiniert wurde. Durchschnittlich wurden jedem der

Patienten dieser Gruppe 2,02 Medikamente verordnet. Die Patienten mit Kombinationstherapie erhielten durchschnittlich 3,08 Medikamente, also außer dem durch die Fragestellung festgelegten Antidepressivum nur noch 0,06 Medikamente mehr. Dementsprechend zeigt sich auch im Spektrum der zusätzlich verordneten Medikamente eine größere Ähnlichkeit zwischen beiden Gruppen als dies beim analogen Vergleich zwischen den Patienten mit Kombinationstherapie und mit "reiner" Neuroleptika-Therapie (d.h. ohne Antidepressiva) der Fall gewesen war (s. Kap. 4.2.4.2).

Tabelle 4.2.6 - 2

Medikamentenverordnungen der Patienten, die Neuroleptika und Antidepressiva bekommen haben, und der Patienten, die Antidepressiva ohne Neuroleptika bekommen haben

	NL+ AD+ (n = 117)		NL- AD+ (n = 264)	
	Anz.	%	Anz.	%
Neuroleptika	117	100,0	0	0
Antidepressiva	117	100,0	264	100,0
Tranquilizer	40	34,2	86	32,6
Hypnotika	63	53,8	159	60,2
Antiparkinsonmittel	12	10,3	8	3,0
Lithiumpräparate	10	8,5	12	4,5
Sondermittel	1	0,9	3	1,1
Summe der Verordnungen	360		532	
durchschn. Anz. an Verordn.	3,08		2,02	

Bei den beiden antidepressiv behandelten Patientengruppen wurden an zusätzlichen Medikamenten vor allem Hypnotika und Tranquilizer verordnet. Einen signifikanten Unterschied in der Verordnungshäufigkeit einer Medikamentengruppe gibt es jedoch nur bei den Antiparkinsonmitteln, die bei den Patienten mit Kombinationstherapie häufiger verordnet wurden als bei den Patienten, die Antidepressiva ohne Neuroleptika erhielten.

4.2.6.3 Gegenüberstellung der Symptomatik

Beim Vergleich der Symptomatik beider Patientengruppen zeigen sich ebenfalls geringe, teilweise aber auch sehr typische Unterschiede.

Die Patienten mit Kombinationstherapie weisen mit einer durchschnittlichen Anzahl von 19,81 Symptomen eine nur geringfügig stärkere, d.h. vielfältigere Symptomatik auf als die Patienten der Vergleichsgruppe (18,70 Symptome/Patient). Bei den einzelnen AMDP-Symptomen liegen nur in 23 der 140 möglichen Fälle signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen vor.

Die Patienten, die zusätzlich zu den Antidepressiva auch Neuroleptika bekommen haben, hatten in auffallender Weise mehr Orientierungsstörungen, Merkfähigkeitsstörungen, Sinnestäuschungen sowie formale Denk- und Affektivitätsstörungen in den Formen, die mehr für schizophrene Krankheitsbilder typisch sind. Besonders auffallend ist dabei die herausragende Stellung der Wahnsymptomatik und das Fehlen von somatischen Symptomen. Dagegen hebt sich die Symptomatik der Patienten mit "reiner" Antidepressiva-Therapie (d.h. ohne Neuroleptika) durch drei somatische Symptome (Schlaf- und Appetenzstörungen), jedoch nur ein Symptom aus dem psychopathologischen Befund (Insuffizienzgefühle) gegenüber der Symptomatik der Vergleichsgruppe hervor.

Tabelle 4.2.6 - 3

Symptome, die bei den Patienten, die Antidepressiva mit bzw. ohne Neuroleptika bekommen haben, mit signifikant unterschiedlicher Häufigkeit auftreten

	häufiger bei Patienten mit NL+ AD+ (n = 117)		häufiger bei Patienten mit NL- AD+ (n = 264)	
	Anz.	%	Anz.	%
<u>Orientierungsstörungen</u>				
örtlich	10	8,6	9	3,4
<u>Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen</u>				
Merkfähigkeitsstörungen Gedächtnisstörungen	50	42,7	84	31,8
	37	31,6	55	20,8
<u>Formale Denkstörungen</u>				
umständlich	33	28,2	50	18,9
eingeeengt	54	46,2	86	32,6
inkohärent/zerfahren	12	10,3	4	1,5
<u>Wahn</u>				
Wahnstimmung	14	12,0	10	3,8
Wahneinfall	8	6,8	3	1,1
Wahngedanken	16	13,7	11	4,2

häufiger bei Pat. mit NL+ AD+ häufiger bei Pat. mit NL- AD+

Wahndynamik	9	7,7	5	1,9
Beziehungswahn	14	12,0	11	4,2
Beeinträcht. -, Verfolg. -Wahn	17	14,5	9	3,4
Schuldwahn	13	11,1	15	5,7
hypochoondrischer Wahn	6	5,1	4	1,5

Sinnestäuschungen

Stimmenhören	8	6,8	5	1,9
--------------	---	-----	---	-----

Störungen der Affektivität

Parathymie	51	43,6	146	55,3	Insuffizienzgefühle
affektinkontinent	9	7,7	7	2,7	
	12	10,3	11	4,2	

Antriebs- und psychomotorische Störungen

mutistisch	10	8,6	2	*
------------	----	-----	---	---

Andere Störungen

Mangel an Krankheitsgefühl	10	8,6	10	3,8
----------------------------	----	-----	----	-----

Schlaf- und Vigilanzstörungen

	23	19,7	83	31,4	Müdigkeit
--	----	------	----	------	-----------

häufiger bei Pat. mit NL+ AD+ häufiger bei Pat. mit NL- AD+

Anz. % | Anz. %

Appetenzstörungen

57	48,7	162	61,4	Appetit vermindert
17	14,5	65	24,6	Sexualität vermindert

* < 1,0 %

4.3.0.0 Zusammenhang zwischen Diagnosen und den verschiedenen Therapiegruppen

4.3.1.0 Vorbemerkung

In den beiden vorangehenden Kapiteln wurde die Fragestellung, ob überhaupt eine medikamentöse Therapie verordnet wurde und wie diese in Hinsicht auf Neuroleptika und Antidepressiva aussah, auf das ganze Patientengut angewandt. Diese Frage läßt sich auch für jede einzelne Diagnosegruppe stellen. Damit ergibt sich ein differenzierteres Bild von der Beziehung zwischen Diagnose und den verschiedenen Therapieformen, die in unserer Untersuchung betrachtet werden, als es bei der Beschreibung der Diagnosezusammensetzungen der verschiedenen Therapiegruppen möglich wurde.

4.3.2.0 Verteilung der Diagnosen auf die einzelnen Therapiegruppen

Diejenigen fünfzehn Diagnosegruppen, die mindestens 1 % der Klinikpatienten umfassen (s. 4.1.2.0), wurden in der Reihenfolge ihrer ICD-Diagnosenummern auf ihre Verteilung auf die vier Medikationsgruppen und die Therapiegruppe ohne medikamentöse Behandlung untersucht. Die Prozentangaben in der Tabelle 4.3 beziehen sich diesmal also auf den Anteil, den die Anzahl der Patienten mit einer bestimmten Diagnose und einer bestimmten Therapieform an der gesamten Diagnosegruppe ausmacht.

Damit bildet sich für jede Diagnose ein Muster heraus, das die vorherrschende Tendenz in der Behandlung der betroffenen Patienten zeigt. So kann man z.B. sowohl für die Schizophrenien

Tabelle 4.3

Verteilung der Patienten der einzelnen Diagnosegruppen auf
die verschiedenen Therapiegruppen

	NL+ AD-		NL+ AD+		NL- AD+		NL- AD-		0 Med.		alle Pat.	
	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%	Anz.	%
präsenile, senile Psychosen	5	25,0	3	15,0	4	20,0	4	20,0	4	20,0	20	100,0
Alkoholpsychosen	16	44,4	1	2,8	0	0	13	36,1	6	16,7	36	100,0
vorübergeh. org. Psychosen	7	46,7	0	0	2	13,3	3	20,0	3	20,0	15	100,0
Schizophrenien (ohne 295.7)	215	70,5	15	4,9	10	3,3	22	7,2	43	14,1	305	100,0
schizoaffektive Psychosen	94	75,2	9	7,2	10	8,0	11	8,8	1	0,8	125	100,0
depr. aff. Psychosen	37	14,6	52	20,5	112	44,1	41	16,1	12	4,7	254	100,0
Manien	30	38,9	11	14,3	23	29,9	13	16,9	0	0	77	100,0
paranoide Syndrome	25	61,0	1	2,4	4	9,8	7	17,0	4	9,8	41	100,0
andere nichtorg. Psychosen	9	37,5	3	12,5	3	12,5	5	20,8	4	16,7	24	100,0
Neurosen	19	8,3	11	4,8	54	23,6	78	34,1	67	29,2	229	100,0
Persönlichkeitsstörungen	3	6,2	2	4,2	6	12,5	12	25,0	25	52,1	48	100,0
Alkoholismus	8	8,4	1	1,0	9	9,5	38	40,0	39	41,1	95	100,0
Drogen-, Medik.abhängigkeit	5	17,9	2	7,1	2	7,1	7	25,0	12	42,9	28	100,0
Drogen-, Medik.mißbrauch	2	11,1	0	0	2	11,1	7	38,9	7	38,9	18	100,0
psychogene Reaktionen	6	7,5	2	2,5	14	17,5	15	18,7	43	53,8	80	100,0
sonstige Diagnosegruppen	29	27,4	4	3,7	9	8,5	29	27,4	35	33,0	106	100,0
Summen	510		117		264		305		305		1501	

und die schizoaffektiven Psychosen als auch für die paranoiden Syndrome eine starke Prävalenz der Neuroleptika-Therapie ohne gleichzeitige Gabe von Antidepressiva sehen. Dagegen wird die Kombination der beiden Medikamentengruppen am relativ häufigsten bei den depressiven affektiven Psychosen eingesetzt (20,5 %). Das bedeutet, daß immerhin bei fast einem Drittel der antidepressiv behandelten Patienten mit dieser Diagnose eine Kombination mit Neuroleptika für nötig erachtet wurde.

Ein starkes Überwiegen der nicht-medikamentösen Therapie oder der - in unserem Sinne - unspezifischen medikamentösen Therapie (d.h. keine Neuroleptika und keine Antidepressiva) zeigt sich bei den drei Suchtkrankheiten (ICD 303, 304, 305). Ähnlich, wenn auch mit vergleichsweise häufigerer Anwendung von Antidepressiva, bietet sich das Bild für Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychogene Reaktionen. Im Gegensatz dazu ist es gerade das auffallende Fehlen einer Antidepressiva-Therapie, das das sonst eher ausgewogene Bild bei der Therapie der Alkoholpsychosen kennzeichnet. Auch bei den restlichen Diagnosegruppen zeigt sich eine ziemlich gleichmäßige Verteilung über die fünf Therapiegruppen. Innerhalb dieser Diagnosegruppen fällt einzig der Umstand auf, daß es keinen Patienten mit einer Manie gibt, der keine medikamentöse Therapie erhalten hat.

4.4.0.0 Zusammenhang zwischen AMDP-Symptomen und den verschiedenen Therapiegruppen

4.4.1.0 Vorbemerkung

Ähnlich wie beim Versuch, Diagnosen und Therapiegruppen in einen logischen Zusammenhang zu bringen, soll nun eine Beziehung zwischen der Symptomatik und den verschiedenen Therapiegruppen hergestellt werden. Dabei wird versucht, für jedes der Symptome, die im AMDP-Untersuchungsbogen angeboten werden, eine Aussage darüber zu machen, in welchem Zusammenhang es zu der einen oder der anderen Therapiegruppe steht.

Dabei wurde einerseits in Betracht gezogen, wie oft das Symptom bei den Patienten jeder Therapiegruppe aufgetreten ist (vgl. Tabellarischer Anhang, Spalte 3-7); andererseits wurde versucht, diese relativen Häufigkeitswerte miteinander zu vergleichen und damit eine Abstufung zu erreichen, die weniger von den Zahlenwerten allein bestimmt wird, sondern in erster Linie von der Berücksichtigung auffallender Unterschiede zwischen zusammengehörigen Werten. Gleichzeitig zu dieser direkten Methode, das Symptom einer Medikationsgruppe als besonders charakteristisch zuzuordnen, wurde auch eine indirekte Methode angewandt. Hier wurden die verschiedenen Gegenüberstellungen der Symptomatik, wie sie in den Kapiteln 4.1 und 4.2 durchgeführt worden waren, betrachtet. Durch das Abwägen dieser Ergebnisse ließ sich für jedes Symptom eine Aussage darüber machen, für welche Medikationsgruppe oder -gruppen es besonders typisch ist.

Da es keine Symptome gibt, die bei der Therapiegruppe ohne medikamentöse Therapie signifikant häufiger vorkommen als bei den medikamentös behandelten Patienten, wurde diese Patienten-Gruppe weitgehend außer acht gelassen.

4.4.2.0 Häufige Symptome der vier Medikationsgruppen

Das einfachste Verfahren, die charakteristischen Symptome für die verschiedenen Medikationsgruppen zu bestimmen, ist die Ermittlung derjenigen Symptome, die mit einer relativ großen Häufigkeit bei den Patienten dieser Medikationsgruppen auftreten. In diesem Falle wurden die Symptome, die bei mindestens 20 % der Patienten einer Gruppe auftreten, als häufig bezeichnet und in der Tabelle 4.4 mit dem Symbol " o " gekennzeichnet.

Mit diesem einfachen Verfahren wird jedoch nicht dem Umstand Rechnung getragen, daß Häufigkeit und Aussagekraft nicht unbedingt parallel gehen müssen.

4.4.3.0 Typische Symptome der vier Medikationsgruppen

Die Aussagekraft der relativen Häufigkeit, mit der ein Symptom in einer Medikationsgruppe auftritt, erhöht sich, wenn diese relative Häufigkeit nicht nur auf ihren Zahlenwert hin betrachtet wird, sondern den vergleichbaren Werten aus anderen Medikationsgruppen gegenübergestellt wird. Hierbei ist weniger ausschlaggebend, bei welcher Medikationsgruppe das Symptom mit der höchsten relativen Häufigkeit auftritt. Entscheidender ist eine logische Trennung zwischen dem hohen Wert oder den hohen Werten und deutlich niedrigeren Werten bei den relativen Häufigkeiten. Eine solche Trennlinie läßt sich nicht immer eindeutig bestimmen. Zur Klärung dieser zweifelhaften Fälle wie auch zur Bestätigung der anderen wurden die verschiedenen Listen von Symptomen benutzt, die mit signifikant unterschiedlicher Häufigkeit bei definierten Patientengruppen auftraten (s. 4.2.0.0). Dabei wurde aus dem Umstand Nutzen gezogen, daß jede der vier Medikationsgruppen drei- bis fünfmal in einen Vergleich einging. Durch das unterschiedliche Kombinieren der vier verschiedenen Gruppen mit-

einander und den Vergleich zwischen verschiedenen Kombinationen läßt sich für viele Symptome eine logische Abstufung erzielen, die das Symptom als besonders charakteristisch in einer der vier Medikationsgruppen aufzeigt.

Diese Abstufung soll am Beispiel des Symptoms "ideenflüchtig" näher erklärt werden. Für dieses Symptom können folgende Aussagen gemacht werden:

- a) Das Symptom kommt bei den Patienten, die Neuroleptika und/oder Antidepressiva erhalten haben, signifikant häufiger vor als bei den Patienten, die keines der beiden Medikamente erhalten haben:

$$\{N+A-\} \text{ plus } \{N+A+\} \text{ plus } \{N-A+\} > \{N-A-\}$$

- b) Das Symptom kommt bei den Patienten mit Neuroleptika-Therapie signifikant häufiger vor als bei den Patienten ohne Neuroleptika-Therapie:

$$\{N+A-\} \text{ plus } \{N+A+\} > \{N-A+\} \text{ plus } \{N-A-\}$$

- c) Innerhalb der beiden Medikationsgruppen mit Neuroleptika kommt das Symptom bei den Patienten mit Kombinationstherapie signifikant seltener vor als bei den Patienten, die Neuroleptika, jedoch keine Antidepressiva erhalten haben:

$$\{N+A-\} > \{N+A+\}$$

- d) Das Symptom kommt bei den antidepressiv behandelten Patienten signifikant seltener vor als bei den Patienten ohne Antidepressiva-Therapie:

$$\{N+A-\} \text{ plus } \{N-A-\} > \{N+A+\} \text{ plus } \{N-A+\}$$

Aus den Aussagen a)-c) kann man schließen, daß das Symptom "ideenflüchtig" besonders typisch für die Patientengruppe ist, die Neuroleptika ohne Antidepressiva erhalten hat. Dies wird durch die Aussage d) erhärtet, denn diese Medikationsgruppe gehört ja auch zu den beiden Medikationsgruppen ohne Antidepressiva-Therapie, deren signifikantes Überwiegen im betrachteten Symptom über die antidepressiv behandelten Medikationsgruppen damit wohl hauptsächlich auf die Medikationsgruppe {N+A-} zurückzuführen ist.

Wir erinnern hier noch einmal daran, daß der Begriff signifikant (obwohl wir den χ^2 -Test selbstverständlich berechnet haben und das Signifikanzniveau auf $p < 0,05$ festgelegt haben) von uns so verstanden wird, daß damit nur der Unterschied der Häufigkeit der von uns betrachteten Größen als bedeutsam erachtet wird.

Sobald durch eine oder beide der angewandten Methoden das Symptom als besonders charakteristisch für eine Medikationsgruppe bezeichnet werden konnte, wurde diese Aussage mit dem Zeichen " * " in der Tabelle 4.4 gekennzeichnet. In den Fällen, wo das Symptom als gleichermaßen typisch für zwei (in Einzelfällen sogar drei) Medikationsgruppen angesehen werden mußte, wurde es in beiden Gruppen notiert und diese Aussage durch Klammersetzung relativiert.

4.4.4.0 Symptome, die in Hinblick auf das therapeutische Vorgehen keine Aussagekraft besitzen

Bei dem vorangegangenen Versuch, entweder durch den direkten Vergleich der relativen Häufigkeiten oder durch das Abwägen der diversen Gegenüberstellungen aus Kap. 4.2.0.0 herauszufinden, welches Symptom für welche Medikationsgruppe besonders charakteristisch ist, stellte sich heraus, daß es einige Symptome gibt,

die sich mit keiner der beiden Methoden als charakteristisch für eine Medikationsgruppe bezeichnen lassen. Von diesen Symptomen kann man also sagen, daß sie mit annähernd gleicher relativer Häufigkeit bei allen Medikationsgruppen auftreten und damit für alle Medikationsgruppen gleichermaßen "typisch" sind. Es kann kein Übergewicht dieses Symptoms in einer der vier Medikationsgruppen festgestellt werden.

Dieser Umstand wurde durch das Zeichen " § " in der Tabelle 4.4 gekennzeichnet. Diese Aussage wurde durch Klammersetzung relativiert, wenn es sich um ein - in allen Medikationsgruppen gleichermaßen - "häufiges" Symptom (s. 4.4.2.0) handelte, oder wenn das Symptom zumindest im Vergleich zur fünften, nicht medikamentös behandelten Therapiegruppe signifikant häufiger vorkam (Tab. 4.1.3 - 5), d.h. wenn sich die medikamentös behandelten Patientengruppen zwar nicht untereinander, aber wenigstens im Vergleich zu den nicht medikamentös therapierten Patienten unterscheiden.

Tabelle 4.4

Bedeutung der Symptome für die einzelnen Medikationsgruppen

		N+A-	N+A+	N-A+	N-A-
<u>Bewußtseinsstörungen</u>					
Bewußtseinsverminderung	§				
Bewußtseinstrübung	§				
Bewußtseinseingengung		(*)		(*)	
Bewußtseinsverschiebung	§				
<u>Orientierungsstörungen</u>					
zeitlich		*			
örtlich		(*)	(*)		
situativ		*			
über die eigene Person	§				
<u>Aufmerksamkeits-, Gedächtnisst.</u>					
Auffassungsstörungen		* o	o	o	
Konzentrationsstörungen		(*)o	(*)o	o	o
Merkfähigkeitsstörungen		o	* o	o	o
Gedächtnisstörungen			* o	o	
Konfabulationen	(§)				
Paramnesien		*			

o = Symptom kommt bei mehr als 20 % der Patienten dieser Medikationsgruppe vor

* = Symptom ist charakteristisch für diese Medikationsgruppe

§ = Symptom ist nicht charakteristisch für eine der Medikationsgruppen

() = die mit " * " oder " § " gekennzeichneten Aussagen werden abgeschwächt

N+A- N+A+ N-A+ N-A-

Formale Denkstörungen

gehemmt		(*)o	(*)	
verlangsamt	o	* o	o	o
umständlich	(*)o	(*)o		
eingeeengt	o	* o	o	o
perseverierend	(§)			
Grübeln		(*)o	(*)o	o
Gedankendrängen	*			
ideenflüchtig	* o			
Vorbeireden	* o			
gesperrt/Gedankenabreißen	*			
inkohärent/zerfahren	* o			
Neologismen	*			

Befürchtungen und Zwänge

Mißtrauen	* o			
Hypochondrie (n. wahnhaft)			(*)	(*)
Phobien		*		
Zwangsdenken		*		
Zwangsimpulse	(§)			
Zwangshandlungen	§			

Wahn

Wahnstimmung	* o			
Wahnwahrnehmung	*			
Wahneinfall	*			
Wahngedanken	* o			
systemat. Wahn	*			
Wahndynamik	* o			
Beziehungswahn	* o			
Beeinträcht.-, Verfolg.-Wahn	* o			
Eifersuchtswahn	(*)	(*)		
Schuldwahn		*		

	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-
Verarmungswahn		*		
hypochondr. Wahn		*		
Größenwahn	*			
andere Wahninhalte	*			
<u>Sinnestäuschungen</u>				
Illusionen	*			
Stimmenhören	* o			
andere akust. Halluzinationen	*			
optische Halluzinationen	*			
Körperhalluzinationen	*			
Geruchs-, Geschmackshalluzinat.	*			
<u>Ich-Störungen</u>				
Derealisation	*			
Depersonalisation	*			
Gedankenausbreitung	*			
Gedankenentzug	(*)	(*)		
Gedankeneingebung	*			
andere Fremdbeeinfl.-Erlebnisse	*			
<u>Störungen der Affektivität</u>				
ratlos	o	* o	o	o
Gefühl der Gefühllosigkeit		(*)	(*)	
affektarm	(*)o	(*)o	(*)	
Störung der Vitalgefühle		o	* o	o
deprimiert	o	(*)o	(*)o	o
hoffnungslos		(*)o	(*)o	o
ängstlich	o	(*)o	(*)o	o
euphorisch	* o			
dysphorisch	* o			o
gereizt	* o			
innerlich unruhig	(§)	o	o	o

	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-
klagsam/jammerig		o	* o	o
Insuffizienzgefühle		o	* o	o
gest. Selbstwertgefühle	*			
Schuldgefühle		(*)o	(*)o	
Verarmungsgefühle		(*)	(*)	
ambivalent	* o			
Parathymie	*			
affektlabil	(§)			
affektinkontinent		*		
affektstarr	(*)	(*)		
<u>Antriebs-, psychomotor. Störungen</u>				
antriebsarm	o	(*)o	(*)o	o
antriebsgehemmt		(*)o	(*)o	
antriebsgesteigert	* o			
motorisch unruhig	* o	o	o	o
Parakinesen	*			
manieriert/bizarrr	*			
theatralisch	(§)			
mutistisch	(*)	(*)		
logorrhöisch	*			
<u>Circadiane Besonderheiten</u>				
morgens schlechter		(*)o	(*)o	
abends schlechter	§			
abends besser			*	
<u>Andere Störungen</u>				
sozialer Rückzug	o	(*)o	(*)o	o
soziale Umtriebigkeit	*			
Aggressivität	* o			
Suizidalität		o	* o	o
Selbstbeschädigung				*

	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-
Mangel an Krankheitsgefühl	* o			
Mangel an Krankheitseinsicht	* o			o
Ablehnung der Behandlung	*			
pflegebedürftig	§			

Schlaf-, Vigilanzstörungen

Einschlafstörungen	o	o	* o	o
Durchschlafstörungen	o	(*) o	(*) o	o
Verkürzung der Schlafdauer	(§) o	o	o	o
Früherwachen		o	* o	
Müdigkeit			* o	

Appetenzstörungen

Appetit vermindert	o	o	* o	o
Appetit vermehrt	(*)	(*)		
Durst vermehrt	(*)			(*)
Sexualität vermindert			* o	

Gastro-intestinale Störungen

Hypersalivation	§			
Mundtrockenheit			*	
Übelkeit				*
Erbrechen				*
Magenbeschwerden				*
Obstipation		o	* o	
Diarrhoe			(*)	(*)

Kardio-respiratorische St.

Atembeschwerden		(*)	(*)	(*)
Schwindel		(*)	(*)	(*)
Herzklopfen			(*)	(*)
Herzdruck			*	

N+A- N+A+ N-A+ N-A-

Andere vegetative Störungen

Akkommodationsstörungen	§				
Schwitzen vermehrt				o	* o
Seborrhoe		*			
Miktionsstörungen			*		
Menstruationsstörungen	§				

Weitere Störungen

Kopfdruck				(*)o	(*)o
Rückenbeschwerden	§				
Schweregefühl in den Beinen			(*)	(*)	(*)
Hitzegefühl				(*)	(*)
Frösteln	§				
Konversionssymptome			(*)	(*)	

Neurologische Störungen

Rigor	§				
Muskeltonus erniedrigt	§				
Tremor					* o
Dyskinesien	§				
Hypokinesien	§				
Akathisie	(§)				
Ataxie					*
Nystagmus	§				
Parästhesien	§				

5.0.0.0 Diskussion

5.1.0.0 Vorbemerkung

Im Ergebnisteil haben wir die verschiedenen Medikationsgruppen bezüglich ihrer Diagnoseverteilung und ihrer Symptomatik verglichen. Dabei haben wir nach Symptomen gesucht, die für die verschiedenen Medikationsformen besonders charakteristisch sind.

Im ersten Teil der Diskussion versuchen wir die logische Struktur der erhobenen Daten in ihrem klinischen Zusammenhang darzustellen. Die in den Daten liegenden Relationen werden im Gefüge des klinischen Entscheidungsprozesses, auf den sie sich beziehen, aufgezeigt. Dabei haben wir besonderen Wert auf die Darstellung der Medikationsgruppen und ihrer Abgrenzung untereinander gelegt.

Im zweiten Teil der Diskussion entwickeln wir ein Schema der Beziehungen zwischen dem pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozeß in der klinischen Praxis und den therapeutischen Richtlinien der Lehrbücher. Wir versuchen außerdem zu zeigen, wie sich der Zusammenhang zwischen Diagnose und psychopathologischem Befund in Hinblick auf die tatsächlich gewählte Medikation in den Daten abbildet.

Dieses Schema benützen wir als Modell, um im nächsten Teil der Diskussion die Übereinstimmung der verschiedenen, im Schema dargestellten Wege des pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozesses für die einzelnen Krankheitsbilder zu überprüfen. Dazu ziehen wir die Tabelle mit den Hinweisen, die die einzelnen Symptome auf die Verordnung von Neuroleptika und Antidepressiva geben, heran (Tab. 4.4). Wir suchen uns darin die Hinweise der Leitsymptome eines

Krankheitsbildes zusammen und vergleichen dieses Ergebnis mit den therapeutischen Richtlinien der Lehrbücher und mit der Häufigkeitsverteilung der tatsächlich angewandten Medikationsformen für dieses Krankheitsbild.

Im letzten Teil der Diskussion werden in einem Ausblick die Folgerungen aus den Ergebnissen gezogen und Vermutungen über deren Bedeutung für die Klinik der Psychiatrie angestellt. Von hier aus versuchen wir zu zeigen, daß der pharmakotherapeutische Entscheidungsprozeß und der Thesaurus der in der Klinik angewandten psychopathologischen Symptome in einer Wechselwirkung zueinander stehen.

5.2.0.0 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bevor wir dazu übergehen, das Modell des pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozesses als Schema zu entwickeln, ist es nötig, die Daten, für deren Deutung das Modell benützt werden soll, kurz zusammenzufassen.

5.2.1.0 Krankengut und medikamentöse Behandlung (Zusammenfassung)

Bei der Betrachtung des ganzen Patientengutes hat sich gezeigt, daß hier in erster Linie die Betrachtung der Diagnosen eine hohe Aussagekraft hat. Hier wurden nur diejenigen fünfzehn Diagnosegruppen berücksichtigt, zu denen mindestens fünfzehn Patienten, d.h. mindestens 1 % der Klinikpatienten gehören. Dabei wurden die schizoaffektiven Psychosen und die übrigen Schizophrenieformen sowie die depressiven und manischen affektiven Psychosen jeweils als zwei verschiedene Diagnosegruppen angesehen, obwohl sonst jeweils eine dreistellige ICD-Diagnosenummer eine Diagnosegruppe bestimmte. Mit diesen fünfzehn Diagnosegruppen kann die Diagnose für 92,9 % der Patienten bestimmt werden. Allein zu den drei wichtigsten Diagnosegruppen Schizophrenien (ohne die schizoaffektiven Psychosen), depressive affektive Psychosen und Neurosen gehören 52,5 % der Patienten. Organische Psychosen werden insgesamt sehr selten (< 5 %) als Erstdiagnose bestimmt.

Die Betrachtung der medikamentösen Behandlung, die den 1501 Klinikpatienten verordnet wurde, zeigt, daß am häufigsten Medikamente aus den Gruppen der Neuroleptika und Hypnotika verordnet wurden. Diese beiden Medikamentengruppen wurden nahezu doppelt so häufig eingesetzt wie Antidepressiva bzw. Tranquilizer. Insgesamt erhielten 1196 Patienten Medikamente. Beim Vergleich dieser Patienten

mit den 305 Patienten, die in der ersten Woche des stationären Aufenthaltes nicht medikamentös behandelt wurden, zeigt sich, daß die endogenen Psychosen vergleichsweise häufiger und die neurotischen und reaktiven Erkrankungen vergleichsweise seltener vorkommen. Die 1196 medikamentös behandelten Patienten haben auch durchschnittlich um 50 % mehr Symptome (19,06 Symptome/Patient) als die 305 nicht medikamentös behandelten Patienten (13,20 Symptome/Patient). Trotzdem kommen nur 63 der 140 AMDP-Symptome in signifikantem Maße häufiger vor; umgekehrt gibt es jedoch keine Symptome, die bei diesen Patienten signifikant seltener auftreten als bei den nicht medikamentös behandelten Patienten.

Die Symptomatik des gesamten Patientengutes wurde für diese Arbeit als zu wenig relevant erachtet und nicht aus dem Tabellarischen Anhang zur weiteren Untersuchung übernommen.

5.2.2.0 Verordnung von Neuroleptika und Antidepressiva (Zusammenfassung)

Innerhalb der medikamentös behandelten Patienten wurden die vier Patientengruppen, die sich in der Verordnung von Neuroleptika und Antidepressiva unterscheiden, voneinander getrennt und einzeln oder in unterschiedlicher Kombination miteinander verglichen.

Dabei zeigte sich, daß bei den Patienten, die zwar medikamentös, aber nicht mit Neuroleptika oder Antidepressiva behandelt werden, vor allem Neurosen, depressive affektive Psychosen und Alkoholismus diagnostiziert werden. Sie werden hauptsächlich und signifikant häufiger als die anderen Patienten mit Hypnotika, Tranquillizer und Sondermitteln behandelt.

Diese Patienten haben durchschnittlich weniger Symptome als die Patienten, die Neuroleptika und/oder Antidepressiva bekommen haben.

Es kommen auch nur 13 Symptome signifikant häufiger, dagegen 44 Symptome (vor allem aus dem psychischen Befund) signifikant seltener vor als bei den restlichen medikamentös behandelten Patienten. Unter jenen 13 Symptomen befinden sich allerdings neben 11 somatischen Symptomen auch die beiden Affektstörungen "deprimiert" und "hoffnungslos".

Der Vergleich der beiden Medikationsgruppen, die Neuroleptika bekommen haben, mit den beiden ohne Neuroleptika-Therapie und dann der Vergleich der beiden mit Neuroleptika behandelten Gruppen untereinander zeigt, daß die Neuroleptika-Verordnung und hier vor allem die "reine" Neuroleptika-Verordnung (d.h. ohne Kombination mit Antidepressiva) besonders bei Patienten aus den beiden schizophrenen Diagnosegruppen vorkommt. Die nächsthäufigeren Diagnosen sind dann jeweils die depressiven und die manischen affektiven Psychosen. Dagegen sind die depressiven affektiven Psychosen nicht nur bei den nicht mit Neuroleptika behandelten Patienten, sondern auch bei den Patienten, bei denen die Neuroleptika mit Antidepressiva kombiniert verordnet wurden, jeweils die am häufigsten vertretene Diagnosegruppe.

Die Betrachtung der Medikamente, die unabhängig von den Neuroleptika eingesetzt wurden, ergibt erwartungsgemäß, daß Antiparkinsonmittel vor allem in Verbindung mit Neuroleptika verordnet wurden. Jedoch wurden sie innerhalb dieser Patientengruppe nicht gleichmäßig verordnet, sondern bei den Patienten mit Kombinationstherapie signifikant seltener. Für die Medikamentengruppen der Tranquilizer und Hypnotika ergibt sich dagegen, daß sie insgesamt bei neuroleptisch behandelten Patienten seltener verordnet wurden und innerhalb dieser Gruppe wiederum ganz besonders selten bei den Patienten mit "reiner" Neuroleptika-Therapie (d.h. ohne Antidepressiva).

In Bezug auf die Symptomatik läßt sich sagen, daß es die mit Neuroleptika behandelten Patienten und hier ganz besonders die Patienten mit "reiner" Neuroleptika-Therapie sind, die nicht nur durch-

schnittlich mehr Symptome aufweisen, sondern die auch in signifikantem Maße das Bild einer schizophrenen Erkrankung mit Wahnvorstellungen, Ich-Störungen, Sinnestäuschungen und den typischen Störungen im formalen Denken, im Antrieb und in der Affektivität bestimmen.

Demgegenüber zeigt sich bei dem Vergleich der beiden antidepressiv behandelten Patientengruppen mit den Patienten ohne Antidepressiva-Therapie und dann beim Vergleich der beiden Gruppen miteinander ein vergleichsweise homogeneres Bild. Bei den Patienten, die nicht mit Antidepressiva behandelt wurden, wurden vor allem Schizophrenien (darunter auch die schizoaffectiven Psychosen) diagnostiziert. Die Neurosen als nächsthäufige Diagnosegruppe vor den depressiven affectiven Psychosen sind jedoch auch bei den antidepressiv behandelten Patienten die zweithäufigste Diagnosegruppe, diesmal nach den depressiven affectiven Psychosen. Hier folgen die Manien (dazu gehört auch die ICD-Diagnosenummer 296.2: Manie im Rahmen einer zirkulären Verlaufsform) und die Schizophrenien (wieder zusammen mit den schizoaffectiven Psychosen) mit nahezu gleicher Häufigkeit. Diese Rangfolge der häufigsten Diagnosen bei antidepressiv behandelten Patienten ändert sich nur geringfügig bei den beiden in Hinblick auf die Neuroleptika-Verordnung unterschiedlichen Medikationsgruppen. Bei den Patienten mit Kombinationstherapie gibt es relativ mehr Patienten mit einer Schizophrenie; bei den Patienten mit "reiner" Antidepressiva-Therapie (d.h. ohne Neuroleptika) dementsprechend etwas weniger.

Ähnlich zeigt sich ein relativ ausgewogeneres Bild bei den Medikamentenverordnungen der beiden antidepressiv behandelten Medikationsgruppen. Die Tranquilizer und Hypnotika, die bei den antidepressiv behandelten Patienten signifikant häufiger verordnet werden als bei den Patienten ohne Antidepressiva-Therapie, verteilen sich ziemlich gleichmäßig zwischen den beiden Medikationsgruppen. Die Schwerpunkte der Verordnung von Antiparkinsonmitteln liegen erwartungsgemäß parallel zur Neuroleptika-Verordnung. Die

Antiparkinsonmittel werden also vor allem bei den nicht antidepressiv behandelten Patienten eingesetzt, innerhalb der antidepressiv behandelten Patienten jedoch hauptsächlich bei den Patienten mit Kombinationstherapie.

Bei der Betrachtung der Symptomatik zeigt sich wieder die Trennung in ein "schizophrenes" Bild (diesmal bei den Patienten ohne Antidepressiva) und in ein "depressives" Bild (bei den Patienten mit Antidepressiva). Zwischen den beiden antidepressiv behandelten Medikationsgruppen bieten sich wiederum nur geringfügige Unterschiede sowohl, was die durchschnittliche Symptomanzahl angeht, als auch, was die geringe Anzahl an Symptomen mit signifikant unterschiedlicher Häufigkeit angeht.

5.2.3.0 Zusammenhang zwischen Diagnosen und den verschiedenen Therapiegruppen (Zusammenfassung)

Bei dem Versuch, die verschiedenen Diagnosen und die verschiedenen Behandlungsformen miteinander in Beziehung zu setzen, zeigt sich, daß mit der Bestimmung der ICD-Diagnose allein keineswegs das therapeutische Vorgehen festgelegt ist.

Eine Aussage über eine relativ eindeutige Zuordnung zu einer einzelnen Medikationsgruppe läßt sich nur für die schizoaffektiven Psychosen, die anderen Schizophrenieformen und die paranoiden Syndrome treffen, bei denen 61-75 % der Patienten Neuroleptika ohne die Kombination mit Antidepressiva erhielten. Für die anderen Diagnosegruppen kann teilweise eine Tendenz im therapeutischen Vorgehen angegeben werden. So werden z.B. 64,6 % der Patienten mit depressiven affektiven Psychosen mit Antidepressiva (mit oder ohne Neuroleptika) behandelt. Für die Patienten aus der Diagnosegruppe der Manien kann man dagegen nur aussagen, daß sie immer medikamentös behandelt werden; in welcher Kombination jedoch Neuroleptika

bzw. Antidepressiva gegeben werden, läßt sich von der Diagnosegruppe her nicht ersehen.

Ein starkes Überwiegen der nicht-medikamentösen oder unspezifischen medikamentösen Behandlungsweise (d.h. keine Neuroleptika und keine Antidepressiva) zeigt sich bei den diversen Suchtkrankheiten und mit geringerer Ausprägung bei den Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und psychogenen Reaktionen, die etwas häufiger mit Antidepressiva behandelt werden. Die Alkoholpsychosen werden nur sehr selten antidepressiv behandelt, und für die anderen Diagnosegruppen läßt sich überhaupt keine eindeutige Aussage über eine Tendenz im therapeutischen Vorgehen machen.

5.2.4.0 Zusammenhang zwischen AMDP-Symptomen und den verschiedenen Therapiegruppen (Zusammenfassung)

Nachdem sich gezeigt hat, daß die Diagnosestellung allein nicht ausreicht, um das weitere therapeutische Vorgehen zu bestimmen, wurde versucht, diejenigen Symptome zu ermitteln, die für die verschiedenen Therapieformen besonders charakteristisch sind.

Dabei stellt sich heraus, daß Bewußtseinsstörungen weitgehend uncharakteristisch für die einzelnen Therapieformen sind, während die Orientierungsstörungen weitgehend für die Medikationsgruppen mit Neuroleptika-Therapie typisch sind. Dies gilt auch für die Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtnisstörungen, obwohl mehrere dieser Symptome auch bei anderen Medikationsgruppen häufig vorkommen. Die formalen Denkstörungen lassen sich grob in zwei Kategorien aufteilen: die Symptome, die mit einer eingeschränkten formalen Denkfunktion im Zusammenhang stehen, kommen insgesamt häufiger vor. Sie sind in erster Linie für die beiden antidepressiven Medikationsgruppen charakteristisch, während diejenigen Symptome, die mit einer Beschleunigung der Denkfunktion in Zusammenhang stehen,

eindeutig der Medikationsgruppe mit "reiner", d.h. nicht mit Antidepressiva kombinierter Neuroleptika-Therapie zuzuordnen sind.

Über die Symptome der vergleichsweise weniger homogen zusammengesetzten Symptomgruppe "Befürchtungen und Zwänge" läßt sich keine zusammenfassende Aussage machen. Dagegen kann man von fast allen Symptomen aus den Gruppen "Wahn", "Sinnesstörungen" und "Ich-Störungen" sagen, daß sie für die "rein" neuroleptische Medikationsgruppe charakteristisch sind. Die Ausnahmen sind zwei Symptome, die auf beide Medikationsgruppen mit Neuroleptika gleichmäßig verteilt sind, und die Symptome "Schuld-", "Verarmungs-" und "hypochondrischer Wahn", die für die Patienten mit Kombinations-therapie typisch sind.

Bei der großen und vielfältigen Gruppe der Affektivitätsstörungen und bei den Antriebsstörungen zeigt sich wieder eine grundsätzliche Trennung in zwei Kategorien von Symptomen: die Störungen, die Ausdruck einer Herabsetzung und Verlangsamung im Affekt und im Antrieb sind, treten vor allem bei den antidepressiv behandelten Patientengruppen auf. Dabei ist meistens kein deutlicher Unterschied im Auftreten der Symptome zwischen diesen beiden Gruppen zu sehen. Dagegen kann man bei den Symptomen, die eine Steigerung und Verzerrung im Affekt und Antrieb darstellen, nicht nur allgemein einen Zusammenhang mit einer Neuroleptika-Behandlung feststellen, sondern auch vergleichsweise mehr von diesen Symptomen einer einzelnen Medikationsgruppe, nämlich der "reinen" Neuroleptika-Therapie zuordnen. Insgesamt treten die Symptome aus diesen beiden Symptomgruppen mit einer großen Häufigkeit auf.

Die beiden Symptome aus der Symptomgruppe "Circadiane Besonderheiten", die den typischen depressiven Tagesrhythmus beschreiben, sind ebenso wie die Symptome "sozialer Rückzug" und "Suizidalität" besonders für beide antidepressiv behandelten Medikationsgruppen oder nur für die "rein" antidepressiv behandelte Medikationsgruppe charakteristisch. Die übrigen Symptome, die das soziale Verhalten

und die Einstellung zur eigenen Erkrankung beschreiben, sind in erster Linie für die "reine" Neuroleptika-Therapie typisch. Die auffallende Ausnahme bildet das Symptom "Selbstbeschädigung", das neben der nicht-wahnhaften Hypochondrie das einzige Symptom aus dem psychopathologischen Befund ist, das besonders charakteristisch für die Medikationsgruppe ohne Neuroleptika- und ohne Antidepressiva-Therapie ist.

Für diese Medikationsgruppe gibt es dagegen vergleichsweise viele somatische Symptome, die sie besonders charakterisieren. Dabei handelt es sich vor allem um vegetative und neurologische Störungen, wobei jedoch einige der vegetativen Störungen als ebenso charakteristisch für die antidepressiv behandelten Medikationsgruppen bezeichnet werden müssen. Diese beiden Medikationsgruppen und hier in erster Linie die "rein" antidepressive Medikationsgruppe werden dagegen besonders durch die insgesamt häufig auftretenden Schlafstörungen und Appetenzstörungen charakterisiert. Bei den somatischen und ganz besonders bei den neurologischen Symptomen können viele Symptome keiner Medikationsgruppe zugeordnet werden und besitzen also im Hinblick auf das therapeutische Vorgehen keine Aussagekraft.

5.3.0.0 Beschreibung des pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozesses im Modell eines Entscheidungsbaumes

5.3.1.0. Vorbemerkung

Die logische Ordnung unserer Daten, die wir im Kap. 5.2.0.0 zusammengefaßt haben, wird durch die Beziehungen zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikation bestimmt. Das Gefüge dieser Beziehungen, auf das sich die klinischen Entscheidungen stützen, bildet auch das Grundgerüst für den pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozeß. Dieses Gefüge läßt sich als Entscheidungsbaum schematisch darstellen. Mit diesem Modell wird der Ablauf des pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozesses und die logische Beziehung der einzelnen Komponenten zueinander aufgezeigt. Dieses Modell gibt eine Interpretation für das Verständnis unserer Daten.

Die Annahme eines solchen Modells ist nur sinnvoll, wenn man davon ausgeht, daß die logische Struktur, die damit dargestellt wird, auch formal logisch präzisiert werden kann. Diese Aufgabe überschreitet jedoch den Rahmen dieser Arbeit. Wir versuchen lediglich, die anschaulich faßbaren Aspekte unserer Daten in einem Schema graphisch darzustellen. Dessenungeachtet steht hinter dem Schema ein Modell, das die von uns gesehenen logischen Strukturen der Daten in einer Menge von abstrakten Objekten zu beschreiben versucht. In unserem Schema ist also mehr enthalten als nur ein Diagramm, das die uns interessierenden Gesichtspunkte anschaulich abbilden soll.

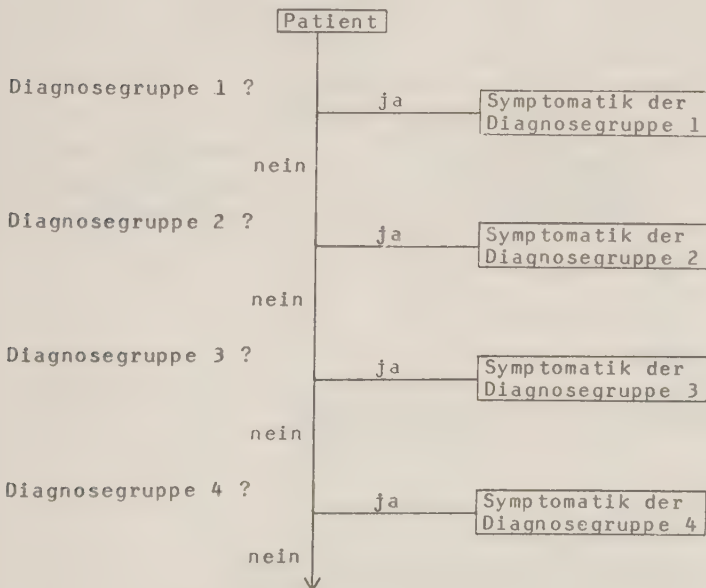
5.3.2.0 Die Entwicklung des Schemas des Entscheidungsbaumes

Das Schema des Entscheidungsbaumes entsteht in zwei Schritten, wobei bei jeder dieser Schritte sich direkt mit einem der im Ergebnisteil betrachteten Gesichtspunkte in Verbindung bringen läßt. Alle weiteren untersuchten Aspekte lassen sich erst im Gefüge des vollständigen Entscheidungsbaumes erkennen.

Der erste Schritt umfaßt die Zuordnung des Patienten in die einzelnen Diagnosegruppen. Dieses Schema läßt sich durch die beliebige Vermehrung oder Verminderung der möglichen diagnostischen Untergruppen unbegrenzt verfeinern oder vergrößern.

Schema 1

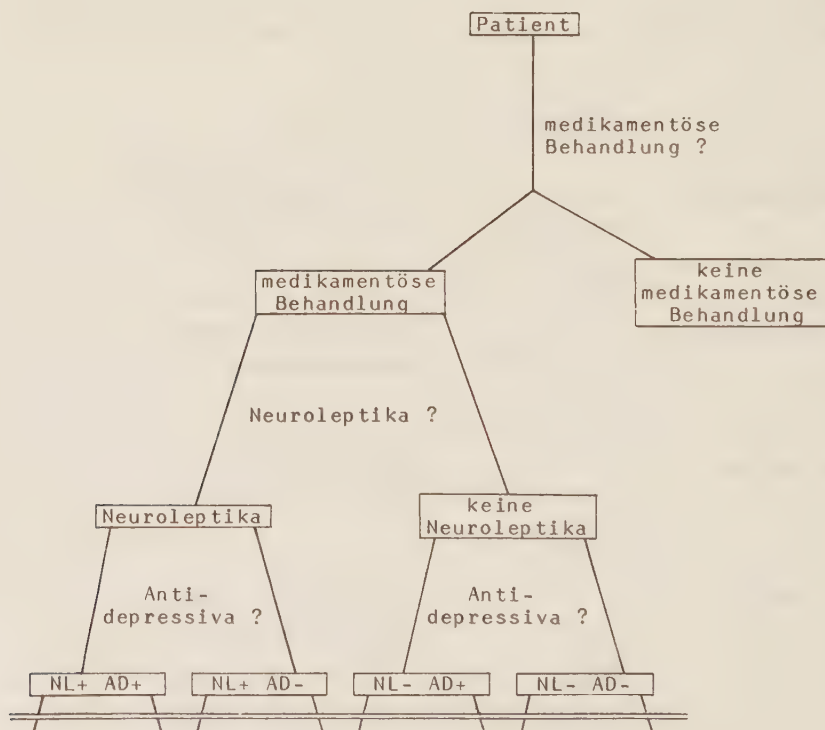
Zuordnung des Patienten zu einer Diagnosegruppe



Der zweite Schritt beschreibt den Entscheidungsprozeß, der das therapeutische Vorgehen für jeden Patienten bestimmt. Dieser Schritt, dessen Schema wir als Medikationszweig bezeichnen, stellt den Entscheidungsweg vom Entschluß zu einer medikamentösen Therapie überhaupt bis hin zu einer bestimmten Kombination von Medikamenten dar. Dieses Schema läßt sich wieder durch die Angabe von verschiedenen Medikamentengruppen oder Einzelpräparaten nahezu unbegrenzt verfeinern. In unserem Modell sollen jedoch nur vier verschiedene Formen einer medikamentösen Therapie angeboten werden,

Schema 2

Der Medikationszweig



die sich durch die vorhandene oder fehlende Verordnung von Neuroleptika oder Antidepressiva voneinander unterscheiden. Das formale Schema dieses Medikationszweiges gestaltet sich unabhängig von der Ausgangsdiagnose immer gleich.

Durch die Zusammensetzung der beiden Schritte entsteht das vollständige Schema des Entscheidungsbaumes, das die Zuordnung eines jeden Patienten in eine Diagnosegruppe und in eine Therapiegruppe darstellt. Um dieses Schema übersichtlich darstellen zu können, haben wir die möglichen Diagnosen in vier übergeordnete Gruppen zusammengefaßt, nämlich die organischen Psychosen, die Schizophrenien und paranoiden Syndrome, die affektiven Psychosen sowie die Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten und alle anderen nichtorganischen Psychosen.

Dieses Schema ermöglicht nicht nur die Zuordnung jedes einzelnen Patienten in eine Diagnose- und Therapiegruppe. Mit der Projektion der Entscheidungswege von jedem der 1501 erfaßten Klinikpatienten in dasselbe Schema läßt sich die Aufteilung des gesamten Patientengutes in die verschiedenen Diagnose- und Therapiegruppen darstellen. Obwohl unser Modell aus dem ersten Aspekt, dem individuellen Entscheidungsweg, heraus entwickelt wurde, machen wir bei unseren Überlegungen hauptsächlich vom zweiten Aspekt, der schematisierten Aufteilung und Zuordnung aller Patienten zu den verschiedenen Diagnose- und Therapiegruppen, Gebrauch.

Schema 3

Das Schema des Entscheidungsbaumes

Abkürzungen:

Diagnose 1 : organische Psychosen (ICD 290-294)

Diagnose 2 : Schizophrenien und paranoide Syndrome (ICD 295, 297)

Diagnose 3 : affektive Psychosen (ICD 296)

Diagnose 4 : Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Suchtkrankheiten,
andere nichtorganische Psychosen u.a. (ICD 298-309)

Med : es werden Medikamente verordnet

Ø Med : es werden keine Medikamente verordnet

N+ : es werden Neuroleptika verordnet

N- : es werden keine Neuroleptika verordnet

A+ : es werden Antidepressiva verordnet

A- : es werden keine Antidepressiva verordnet

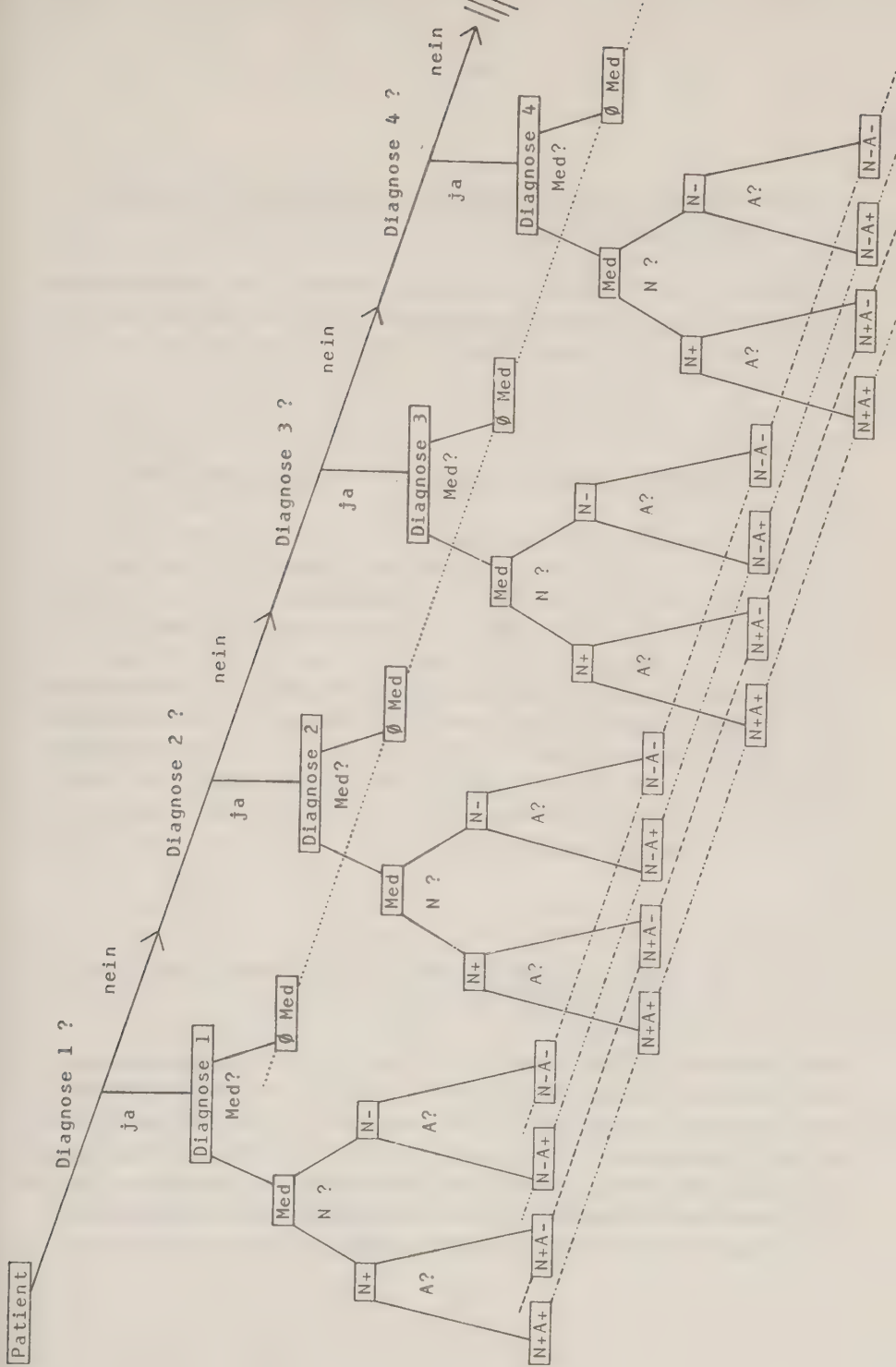
..... : Medikationsgruppe ohne medikamentöse Therapie

----- : Medikationsgruppe {N+A+}

----- : Medikationsgruppe {N+A-}

----- : Medikationsgruppe {N-A+}

----- : Medikationsgruppe {N-A-}



5.3.3.0 Die Darstellung unserer Daten im Schema des Entscheidungsbaumes

In unserem Modell des Entscheidungsbaumes kann man alle Aspekte dargestellt finden, die wir bei unserer Betrachtung des Patientengutes als sinnvoll erachtet haben.

5.3.3.1 Aufteilung des Krankengutes in die Diagnosegruppen

Der erste Aspekt, die diagnostische Aufteilung des gesamten Patientengutes (s. Kap. 4.1.2.0) läßt sich direkt mit dem Schema 1, d.h. mit dem ersten Schritt in der Entwicklung des Entscheidungsbaumes in Verbindung bringen. In unserem Modell, in dem nur aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht mehr als vier Diagnosegruppen dargestellt wurden, werden tatsächlich fünfzehn verschiedene Diagnosegruppen angeboten. Die sechzehnte Gruppe "sonstige Diagnosen" faßt die relativ seltenen (jeweils weniger als 1 % des gesamten Patientengutes) Diagnosen zusammen. Die Zahlenangaben aus der Tabelle 4.1.2 - 1 kann man also direkt in die Felder "Diagnose 1-16" des Entscheidungsbaumes übertragen.

5.3.3.2 Aufteilung der Patienten einer Diagnosegruppe in die verschiedenen Therapiegruppen

Der zweite Schritt bei der Entwicklung des Entscheidungsbaumes, der Medikationszweig, stellt die Zuordnung eines Patienten zu einer bestimmten Therapieform bzw. die Aufteilung einer Patientengruppe in die verschiedenen Therapiegruppen dar. In unserem Modell wurde bei jeder Diagnose der vollständige Medikationszweig angefügt, um die unveränderte Spannbreite der therapeutischen Möglichkeiten ohne Beeinflussung durch die Ausgangsdiagnose zu verdeutlichen.

Mit dieser Darstellungsart kann man die Verteilung der Patienten jeder einzelnen der sechzehn angegebenen Diagnosegruppen auf die fünf verschiedenen Therapiemöglichkeiten skizzieren. Es handelt sich dabei um die vier medikamentösen Therapieformen, die sich in Hinblick auf ihre Neuroleptika- und Antidepressiva-Verordnung unterscheiden, und um die nicht-medikamentöse Therapieform. Diese Trennung der Patienten jeder Diagnosegruppe unter dem Aspekt des therapeutischen Vorgehens wurde im Ergebnisteil in tabellarischer Form vollzogen (Tab. 4.3). Die Werte dieser Tabelle lassen sich direkt in die endständigen Felder jedes der sechzehn Medikationszweige eintragen.

5.3.3.3 Bildung der Medikationsgruppen

Die Betrachtung aller Klinikpatienten unter dem Aspekt des therapeutischen Vorgehens hatte im Ergebnisteil eine Trennung von fünf verschiedenen Patientengruppen ergeben. Diese Unterscheidung ließe sich mit dem Schema des Medikationszweiges nachvollziehen, durch das diesmal die Patientengruppe "gesamtes Krankengut" aufgeteilt würde.

In unserem Modell werden diese fünf Patientengruppen jedoch durch die Verbindung von denjenigen endständigen Feldern abgebildet, die in den Schemata der Medikationszweige aller sechzehn angebotenen Diagnosegruppen die gleiche Position einnehmen und damit die gleiche Therapieform darstellen. Die fünf in Hinsicht auf die Therapie unterschiedlichen Patientengruppen werden im Schema als Therapie-"stränge" dargestellt. Diese Darstellungsweise hat den Vorteil, daß die Beschreibung der Diagnoseverteilung in den verschiedenen Therapiegruppen direkt aus dem Schema abzulesen ist. Damit ist sowohl das unterschiedliche Moment - die verschiedene Ausgangsdiagnose - wie auch das gemeinsame Element - das gleiche therapeutische Vorgehen - für jede Medikationsgruppe im Schema dargestellt.

5.3.3.4 Beschreibung der Medikationsgruppen

Die Therapiestränge können einzeln oder in Kombination mit anderen Strängen in Hinblick auf Diagnoseverteilung, Medikamentenverordnungen und Symptomatik der darin zusammengefaßten Patienten betrachtet werden. Die Ergebnisse zweier solcher Betrachtungen können dann miteinander verglichen werden.

Die Betrachtung der Diagnoseverteilung findet sich - wie bereits erwähnt - direkt im Schema des Entscheidungsbaumes abgebildet. Dagegen muß man zur Erklärung der Darstellungsart der zusätzlichen Medikamentenverordnungen das Schema des Medikationszweiges (Schema 2) zu Hilfe nehmen. Wie wir dabei beschrieben haben, ließe sich dieses Schema unbegrenzt weiterführen und verfeinern, was wir durch die angefangene und wieder (wegen unseres auf Neuroleptika und Antidepressiva beschränkten Interesses) abgebrochene Weiterführung des therapeutischen Entscheidungsweges darstellerisch angedeutet haben. Die angedeutete Weiterdifferenzierung im therapeutischen Vorgehen haben wir im vollständigen Schema des Entscheidungsbaumes aus Gründen der Übersichtlichkeit fallen gelassen. Diese weiteren Medikamentenverordnungen wurden auch im Ergebnisteil ohne eine Differenzierung in die verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten von Medikamentengruppen nur als summarischer Überblick beschrieben.

Die Symptomatik aller Patienten einer Medikationsgruppe wird in unserem Modell nicht dargestellt. Die reine Aufzählung dieser Symptomatik war auch im Ergebnisteil als zu wenig aussagefähig betrachtet worden und nicht aus dem Tabellarischen Anhang übernommen worden.

5.3.3.5 Besondere Charakteristika der Medikationsgruppen im Vergleich miteinander

Durch den Vergleich einzelner bzw. unter bestimmten Fragestellungen zusammengefaßter Medikationsgruppen kann man die charakteristischen Eigenheiten der Medikationsgruppen ermitteln, d.h. eben das gemeinsame Element, das den Ausschlag dazu gab, Patienten mit völlig verschiedenen Ausgangsdiagnosen in der gleichen Weise medikamentös zu behandeln.

Bei diesen Vergleichen bietet sich erst bei der Gegenüberstellung der Symptomatik die Möglichkeit, diese Gemeinsamkeiten innerhalb einer Medikationsgruppe zu erkennen, durch die sie sich von einer anderen Gruppe unterscheidet.

Der Versuch, jedes Symptom einer Medikationsgruppe zuzuordnen, für die es in besonderem Maße charakteristisch ist (s. Tab. 4.4), soll die Gemeinsamkeiten einer Therapiegruppe (und zwar ausschließlich dieser Therapiegruppe) darstellen. Wenn man beim Bild des "Stranges" bleibt, kann man die charakteristischen Symptome eines Medikationsstranges mit der vorherrschenden Farbe des Stranges vergleichen. Dies haben wir durch die unterschiedliche Linienzeichnung der einzelnen Therapiestränge im Schema 3 zu kennzeichnen versucht.

5.3.4.0 Anwendung des Schemas des Entscheidungsbaumes

Im Schema des Entscheidungsbaumes wird die diagnostische Entscheidung und die therapeutische Entscheidung (bezogen auf das Beispiel der Neuroleptika- und Antidepressiva-Verordnung) dargestellt. Der Teil des Schemas, der die psychiatrische Diagnostik darstellt (also dem Schema 1 entspricht), lehnt sich an das Verfahren an, das in der Klinischen Psychopathologie von K. Schneider (1962)

vorgegeben ist. K. Schneider gibt ein Verfahren für die Findung der psychiatrischen Diagnose an, das zwar von der psychopathologischen Symptomatik ausgeht, die logische Beziehung zwischen Symptomatik und der Diagnose jedoch im Unbestimmten läßt. Die Rechtfertigung für die Anwendung dieses Verfahrens in der psychiatrischen Klinik gibt K. Schneider durch den Verweis auf die psychiatrische Nosologie.

Die Beziehung zwischen der psychopathologischen Symptomatik und der psychiatrischen Diagnose kann auf zwei prinzipiell unterschiedliche Weisen verdeutlicht werden. Unser Schema legt sich bezüglich der unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten dieser Beziehung nicht fest. Bei der einen Betrachtungsweise ist die Diagnose ein autonomer Begriff. Die Symptome charakterisieren sie zwar und dienen zu der Auffindung der Diagnose, sind aber von dieser abhängig. Die Diagnose kann nicht durch die Angabe einer Menge von Symptomen gerechtfertigt werden, auch wenn diese dazu verwendet werden, die Diagnose aufzufinden. Diese Betrachtungsweise wird hauptsächlich von der klinischen Psychiatrie der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts vertreten.

Bei der zweiten Betrachtungsweise wird die Diagnose mit einer Menge von Symptomen definiert und ist damit von der psychopathologischen Symptomatik abhängig. Der Begriff der Diagnose wird also mit einer Menge psychopathologischer Symptome gleichgesetzt. Dieser zweite Ansatz der Betrachtungsweise für die Beziehung zwischen psychopathologischer Symptomatik und psychiatrischer Diagnose wird von Kendell (1975) unter dem Begriff der operationalen Definitionen psychiatrischer Diagnosen in die Psychiatrie eingeführt. Es wird vielfach versucht, das System der psychiatrischen Diagnostik unter Zuhilfenahme der operationalen Definitionen psychiatrischer Diagnosen zu rechtfertigen.

Im nächsten Abschnitt verwenden wir das diagnostische Schema für den Aufbau eines neuen Schemas, das den therapeutischen Entscheid-

dungsprozeß im Zusammenhang mit seinem Umfeld zeigt, d.h. das die Beziehung des therapeutischen Entscheidungsprozesses zu den Richtlinien der Lehrbücher wie auch die Darstellung des therapeutischen Entscheidungsprozesses durch die klinischen Daten zeigt. In dieses Schema der therapeutischen Entscheidungswege in der Psychiatrie geht der Diagnose-Symptom-Komplex als Begriff ein, in dem die Beziehung zwischen Diagnose und Symptom nicht weiter erklärt wird. Die unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten dieser Beziehung werden also in diesem Schema nicht berücksichtigt.

Es geht uns darum, zu überprüfen, ob im pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozeß, wie er in der Klinik durchgeführt wird und durch unsere Daten festgehalten ist, diese Beziehung zwischen Diagnose und der dazugehörigen Symptomatik für die Zwecke der Wahl der Pharmakotherapie undefiniert bleiben darf.

5.4.0.0 Erklärung der Zusammenhänge zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikation unter Bezugnahme auf den pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozeß und die dazugehörigen Richtlinien

5.4.1.0 Vorbemerkung

Im vorangegangenen Kapitel haben wir eine schematische Darstellung der pharmakotherapeutischen Entscheidung in der Klinik versucht, die unsere Daten einander bildlich zuordnen sollte und vor allem die Entwicklung und Gestalt der Medikationsstränge erklären sollte. Unser Hauptinteresse gilt diesen Medikationssträngen und ihrer Stellung im Gefüge aus Diagnosen (von denen wir bei der Entwicklung des Schemas ausgingen), Symptomen und Medikation. Wir sehen das Schema also meistens als Kippbild, bei dem die Medikationsstränge oben angeordnet sind und den Ausgangspunkt bzw. die Ausgangsebene darstellen.

In unserem Schema werden jedoch alle drei Faktoren des Gefüges dargestellt oder zumindest angedeutet. Bei unendlicher Verfeinerung des Schemas in den (bei uns graphisch nur angedeuteten) drei Ebenen könnte man alle klinischen Daten über Diagnosen, Symptome und Medikationen in das Schema eintragen und die einzelnen Größen beliebig wechselweise in Verbindung setzen. Damit würden die Zusammenhänge zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikation primär schematisch und statistisch und nicht für jede Fragestellung unbedingt logisch ermittelt. Unser zentrales Interesse gilt jedoch dem pharmakotherapeutischen Entscheidungsweg. Deshalb haben wir die Darstellung dieses Aspektes unter allen schematisch-statistisch möglichen Aspekten im Gefüge des Entscheidungsbaumes besonders hervorgehoben.

Die pharmakotherapeutische Entscheidung wird in der Praxis, d.h. in der Klinik, und in der Theorie, d.h. im Lehrbuch, von der Diagnose und dem psychopathologischen Befund, also der Symptomatik beeinflusst. Der Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren bestimmt die Art der Medikation, jedoch haben die beiden Faktoren in Theorie und Praxis einen unterschiedlich starken Einfluß vor allem in Hinblick auf die initiale Medikation. Der pharmakotherapeutische Entscheidungsweg gestaltet sich also in der Klinik bzw. nach den lehrbuchmäßigen Richtlinien formal etwas unterschiedlich.

5.4.2.0 Die Entwicklung des Schemas zur Darstellung der pharmakotherapeutischen Entscheidungswege in der Psychiatrie

Die Wege zur Medikationsentscheidung in der Praxis und in der Theorie sowie der rein statistische Weg als schematische Darstellung der klinischen Daten sollen in den folgenden Kapiteln näher erläutert werden. Die unterschiedliche Beziehung zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikation soll jeweils in einem einfachen Schema dargestellt werden. Die drei Schemata werden unter dem zentralen Aspekt der Medikation in Verbindung gebracht, und dabei wird eine Darstellung der Zusammenhänge zwischen den formal verschiedenen Wegen zu einer pharmakotherapeutischen Entscheidung in der Literatur, in der Klinik und in der schematischen Abbildung der klinischen Wirklichkeit versucht.

5.4.2.1 Die schematische Darstellung des pharmakotherapeutischen Entscheidungsweges in der Literatur

Für die lehrbuchmäßigen Richtlinien der Pharmakotherapie ist das entscheidende Kriterium die Diagnosestellung. Erst in zweiter Linie werden die nach Symptomen bzw. Syndromen unterschiedenen Formen

des Krankheitsbildes berücksichtigt, die eine besondere Form der Therapie erfordern. Die Symptomatik hat also gewissermaßen einen modifizierenden Einfluß auf die pharmakotherapeutische Entscheidung.

Die Beziehung zwischen Diagnose und Symptomatik kann - wie wir in Kap. 5.3.4.0 beschrieben haben - auf zwei prinzipiell unterschiedliche Weisen verstanden werden. Je nach Ausführlichkeit des Lehrbuches kann sich die Darstellung dieser Beziehung in der Schilderung des typischen Erscheinungsbildes der Diagnose erschöpfen oder alle möglichen Erscheinungsformen des Krankheitsbildes miteinbeziehen.

In den Kapiteln 2.1 - 2.5 haben wir diese Beziehung in einer Art dargestellt, die sich an die Vorstellungen der klassischen Psychiatrie hält, so wie sie in der Klinischen Psychopathologie K. Schneiders vorgegeben ist. Als Beispiel für die operational definierten psychiatrischen Diagnosen haben wir die Darstellung des DSM-III im Kap. 2.6.0.0 geschildert, das versucht, die zentralen Zusammenhänge zwischen Diagnosen und Symptomen zu normieren, zu beschreiben und damit die Diagnosen durch eine Menge von Symptomen zu definieren. Bei beiden Darstellungsweisen werden auch Merkmale aus dem Verlauf berücksichtigt, auf die wir bei unserer Betrachtung nicht eingegangen sind.

Schema 4

Der pharmakotherapeutische Entscheidungsweg in der Literatur



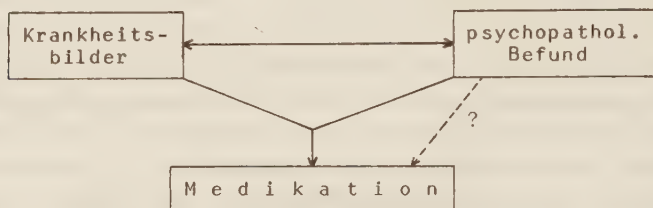
5.4.2.2 Die schematische Darstellung des pharmakotherapeutischen Entscheidungsweges in der Klinik

Die pharmakotherapeutische Entscheidung in der klinischen Realität läuft nicht grundsätzlich anders ab als nach den Richtlinien der Lehrbücher. Jedoch wird, ganz besonders in Hinblick auf die initiale Therapie, neben der diagnostischen Entscheidung ein vergleichsweise größeres Gewicht auf den psychopathologischen Befund, d.h. die symptom-, syndrom-bezogene Erscheinungsform des Krankheitsbildes gelegt. Die endgültige Diagnose wird teilweise auch aus der Berücksichtigung des Verlaufes gestellt. Es wäre theoretisch sogar möglich, daß die initiale Medikation nur aus dem psychopathologischen Befund heraus bestimmt würde, und daß dabei die diagnostische Entscheidung völlig umgangen würde.

Auch der Zusammenhang zwischen endgültiger Diagnose und Symptomatik bezieht den Zeitfaktor, also den Verlauf (zumindest während der Beobachtungsperiode) mit ein, den wir in unserer Darstellung nicht berücksichtigen. Der Kliniker stellt die Diagnose aus der Querschnittssymptomatik und dem bisherigen Verlauf der Erkrankung. Da die Symptome nicht immer eindeutig definierte Begriffe sind, sondern deren Bedeutung sich vielfach erst aus dem Zusammenhang ergibt, läßt sich die Beziehung zwischen Diagnose und Symptomen nicht eindeutig quantitativ in Form von Listen und schon gar nicht in Form einer Funktion mit numerischen Werten darstellen. Aus diesem Grunde scheint es uns auch aussichtslos zu sein, die Therapie nur aus dem psychopathologischen Befund unter Umgehung der Diagnose herleiten zu wollen.

Schema 5

Der pharmakotherapeutische Entscheidungsweg in der Klinik



5.4.2.3 Die schematische Darstellung der quantitativen Zusammenhänge zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikamentenverordnungen als Abbild des pharmakotherapeutischen Entscheidungsweges in der Klinik

Während bei der vorangehenden Beschreibung des pharmakotherapeutischen Entscheidungsweges in der Klinik der Gedanke, der dem Schema des Entscheidungsbaumes zu Grunde lag, in kürzester Form dargestellt wurde, entspricht die Beschreibung der statistisch möglichen Zusammenhänge zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikamentenverordnungen der schematischen Abbildung der klinischen Realität und damit der Form oder dem Bild des Entscheidungsbaumes.

Man kann sich die Übertragung des Schemas des Entscheidungsbaumes auf die einfachere Darstellung der Beziehung zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikation im Schema 6 so vorstellen, daß beim Versuch der räumlichen Darstellung des Entscheidungsbaumes drei Ebenen, die alle zueinander im rechten Winkel stehen, zeichnerisch angedeutet wurden. Die erste Ebene (Frontalebene) stellt die diagnostische Einordnung des Patienten dar, so wie sie getrennt im Schema 1 beschrieben wurde. Die zweite Ebene (Sagittalebene) und ihre Parallelebenen werden durch die Medikationszweige dargestellt,

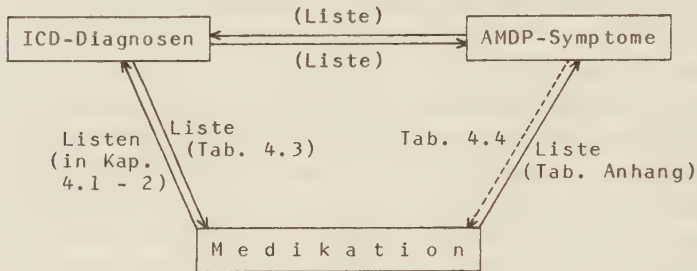
die die therapeutische Entscheidung in Abhängigkeit vom Erscheinungsbild, also in Abhängigkeit von der Symptomatik skizziert. Die dritte Ebene (Horizontalebene) wird von den Medikationssträngen bestimmt. Die räumliche Struktur des Entscheidungsbaumes wird von diesen drei Ebenen aufgestellt, in denen sich die drei Faktoren Diagnosen, Symptome und Medikation darstellen lassen.

Diese drei Faktoren werden im Schema 6 in vereinfachter Form miteinander in Beziehung gesetzt. Aus dieser vergrößerten Darstellung des Entscheidungsbaumes kann man direkt die sechs verschiedenen Weisen ablesen, in denen die klinischen Daten über Diagnosen, Symptome und Medikation quantitativ miteinander in Bezug gesetzt werden können. Diese einfachen statistischen Betrachtungen nehmen jedoch keine Rücksicht auf Verlaufsfaktoren. So kann z.B. die ICD-Diagnose eines Patienten erst am Ende seines Klinikaufenthaltes endgültig festgelegt worden sein, während der AMDP-Befund und die von uns betrachtete Medikation sich auf die ersten Tage seines Klinikaufenthaltes beziehen.

In unserer Darstellung der möglichen Beziehungen zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikamentenverordnungen haben wir auch eingetragen, welche quantitativen Auswertungen wir bei unserer zentralen Fragestellung nach der pharmakotherapeutischen Entscheidung benutzt haben. Die quantitative Beziehung zwischen ICD-Diagnosen und AMDP-Symptomen haben wir dabei nicht miteinbezogen. Die Beziehung von der AMDP-Symptomatik zur Medikation haben wir nicht quantitativ-statistisch ausgewertet, sondern in der Tabelle 4.4 versucht, eine qualitative Aussage darüber zu machen, für welche Medikationsform die einzelnen AMDP-Symptome besonders charakteristisch sind.

Schema 6

Die schematisch-statistischen Zusammenhänge zwischen Diagnosen, Symptomen und Medikation als Abbild des pharmakotherapeutischen Entscheidungsweges in der Klinik

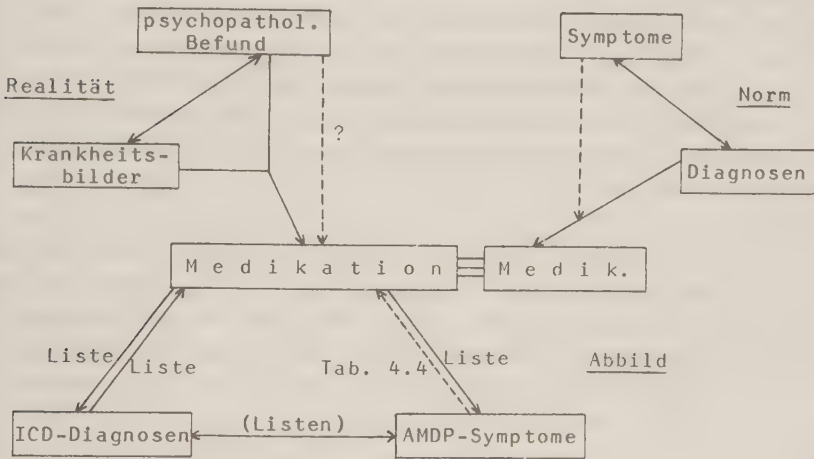


5.4.3.0 Der Versuch der Darstellung des pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozesses und der dazugehörigen Richtlinien

Bei der Zusammensetzung der drei Schemata, die den pharmakotherapeutischen Entscheidungsweg in der Theorie, in der Klinik und in der schematischen Abbildung der klinischen Realität skizzieren, unter dem Gesichtspunkt unseres zentralen Interesses, nämlich der Medikation, müssen wir berücksichtigen, daß die Unterlagen über die Medikation in der klinischen Praxis und in deren schematischer Darstellung miteinander identisch sind. Die Medikation, die sich aus den lehrbuchmäßigen Richtlinien herleitet, ist damit jedoch nicht von vornherein identisch. Diese Frage soll neben anderen Fragestellungen im nächsten Kapitel für die einzelnen psychiatrischen Krankheitsbilder überprüft werden.

Schema 7

Schema der pharmakotherapeutischen Entscheidungswege in der Psychiatrie



5.4.4.0 Anwendung des Schemas der pharmakotherapeutischen Entscheidungswege in der Psychiatrie

Wenn man das Schema der pharmakotherapeutischen Entscheidungswege in der Psychiatrie als Grundlage für die Fragestellungen unserer Arbeit betrachtet, so kann man in erster Linie zwei Aspekte damit darstellen. Der erste Aspekt ist die Frage nach der Identität der Medikation in der Klinik und der Medikation nach den Richtlinien der Lehrbücher. Der zweite Aspekt ist die Frage nach der Identität der verschiedenen Diagnose-Symptom-Einheiten, die die therapeutische Entscheidung bedingen. Dies entspricht der vierten Fragestellung aus dem Kap. 3.3.0.0. Mit den folgenden Ausführungen wollen wir diese Fragen so formulieren, daß sie quantitativ bearbeitet werden können.

Die zwei im Schema 7 dargestellten Aspekte lassen sich mit Hilfe der Daten überprüfen. Als Daten stehen uns zur Verfügung: die ICD-Diagnosegruppen und die Häufigkeitsverteilung der dazugehörigen Medikationen, die vier Medikationsgruppen und deren Diagnose- und Symptomverteilung sowie die Liste der Einzelsymptome, die für diese Medikationsgruppen besonders charakteristisch sind (Tab. 4.4). Diese Daten können wir dazu benützen, um zu überprüfen, ob sich die Klinik an die therapeutischen Richtlinien der Lehrbücher hält, und ob der Begriff des Diagnose-Symptom-Komplexes im DSM-III bei den pharmakotherapeutischen Entscheidungen in der Klinik wiedergefunden werden kann.

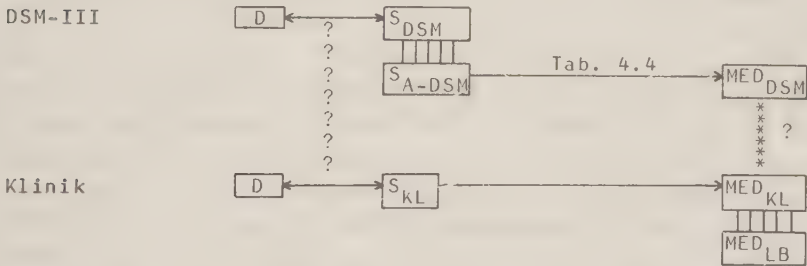
In der Klinik wird unter Verwendung des Diagnose-Symptom-Komplexes $D \equiv S_{KL}$ therapiert. Wir setzen voraus, daß sich die Therapie nach den Richtlinien der Lehrbücher gestaltet. Diese Voraussetzung überprüfen wir durch den Vergleich der Medikation, die die Lehrbücher für die Diagnose D vorschreiben (MED_{LB}), mit der Medikation, die in der Klinik verordnet wurde (MED_{KL}). Eventuelle Diskrepanzen versuchen wir so weit zu erklären, daß die angenommene Identität von MED_{LB} und MED_{KL} wiederhergestellt ist. Für MED_{KL} ($\hat{=} MED_{LB}$) haben wir eine Liste mit den charakteristischen Symptomen S^*_{AMDP} .

Als nächstes soll die Frage überprüft werden, ob die Diagnose-Symptom-Einheit der Klinik gleichgesetzt werden darf mit dem Diagnose-Symptom-Komplex im DSM-III. Im DSM-III wird die Diagnose D mit einer Menge von Symptomen S_{DSM} identifiziert, die wir in das AMDP-System übertragen und damit die Menge von Symptomen S_{A-DSM} für die Diagnose D erhalten haben. Die Überprüfung der Übereinstimmung zwischen den Komplexen $D \equiv S_{A-DSM}$ und $D \equiv S_{KL}$ (unter der Voraussetzung, daß $D \equiv S_{KL}$ für die therapeutische Entscheidung und damit für die Bestimmung von MED_{KL} verwendet wurde) geschieht mit Hilfe der Markierungen, die wir aus unseren Daten erarbeitet haben und die die Charakteristik eines AMDP-Symptoms für die verschiedenen Medikationsgruppen kennzeichnen (Tab. 4.4). Den Symptomen S_{A-DSM} , die den Begriff D des DSM-III mit AMDP-Symptomen definie-

ren, wird durch diese Markierungen eine Therapie MED_{DSM} zugeteilt, die in der Klinik einem Krankheitsbild mit einer entsprechenden Symptomatik verordnet werden würde. Wenn die Therapie MED_{DSM} mit der Therapie MED_{KL} ($\hat{=}$ MED_{LB}) identisch ist, so kann auch der Begriff der beiden Diagnose-Symptom-Komplexe gleichgesetzt werden, d.h. der Diagnose-Symptom-Komplex aus dem DSM-III muß mit dem Diagnose-Symptom-Komplex aus der Klinik identisch sein. Dies gilt jedoch nur für die Verwendung der Diagnose-Symptom-Komplexe für die pharmakotherapeutische Entscheidung. Diesen Gedankengang versuchen wir mit dem Schema 8 darzustellen. Dieses Schema benützen wir, um mit der Identität von MED_{DSM} und MED_{KL} auf die Übereinstimmung des Verständnisses der Diagnose-Symptom-Komplexe zu schließen.

Schema 8

Die Diagnose-Symptom-Komplexe des DSM-III und der Klinik mit ihrer Beziehung zur pharmakotherapeutischen Entscheidung



Die praktische Verwendung dieses Schemas mit Hilfe unserer Daten und unter Verwendung diagnostischer und therapeutischer Richtlinien wollen wir im Zusammenhang mit den verschiedenen Krankheitsbildern im nächsten Kapitel erläutern.

5.5.0.0 Betrachtung der psychiatrischen Krankheitsbilder als operational definierte psychiatrische Diagnosen unter Bezugnahme auf den therapeutischen Entscheidungsprozeß und die dazugehörigen Richtlinien

5.5.1.0 Vorbemerkung

In diesem Kapitel sollen die fünf wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder, die wir im Kap. 2.0.0.0 dargestellt haben, unter drei verschiedenen Gesichtspunkten auf ihre Neuroleptika- bzw. Antidepressiva-Therapie hin betrachtet werden. Zuerst wollen wir kurz wiederholen, ob und wann Neuroleptika bzw. Antidepressiva bei diesen Krankheitsbildern nach den in den Lehrbüchern genannten Richtlinien der psychiatrischen Pharmakotherapie empfohlen werden. Wir betrachten diese therapeutischen Richtlinien der Lehrbücher und vergleichen sie mit den tatsächlich verordneten Medikationsformen für diese Krankheitsbilder in unserem Patientengut (Tab. 4.3).

Danach lösen wir mit Hilfe des DSM-III die Diagnosen in ihre charakteristischen Symptome auf und versuchen, diese in das AMDP-System zu übersetzen. Für die so gewonnenen AMDP-Symptome suchen wir die Markierungen aus der Tabelle 4.4 heraus, mit denen wir die Aussage über die Charakteristik der einzelnen Symptome für die verschiedenen Medikationsgruppen gekennzeichnet haben (" * ", " § "). Je nachdem, wie klar und eindeutig diese Aussage gemacht werden konnte, bezeichnen wir die Markierungen als spezifisch (" * ": das Symptom ist nur für eine Medikationsgruppe typisch), relativ spezifisch (zweimal " (*) ": das Symptom ist für zwei Medikationsgruppen gleichermaßen typisch), fast unspezifisch (dreimal " (*) ": das Symptom ist für drei Medikationsgruppen gleichermaßen typisch, d.h. bis auf eine Medikationsgruppe, für die das Symptom weniger charakteristisch ist, kommt das Symptom

fast gleichmäßig bei allen Gruppen vor) und unspezifisch (" § ": das Symptom tritt bei allen vier Medikationsgruppen mit annähernd gleicher relativer Häufigkeit auf und ist also für keine der Gruppen charakteristisch).

Wenn man von den in den Lehrbüchern empfohlenen therapeutischen Richtlinien für die einzelnen Krankheitsbilder ausgeht und die vom DSM-III angegebene Beziehung zwischen Diagnose und Symptomatik heranzieht, ist die Annahme sinnvoll, daß die Leitsymptome dieser Krankheitsbilder unter den charakteristischen Symptomen für die im Lehrbuch vorgeschlagene(n) Medikationsform(en) aufzufinden sind, d.h. daß bei diesen Symptomen spezifische Markierungen für diese Medikationsform(en) stehen.

Obwohl wir grundsätzlich davon ausgehen, daß mit dem Muster der durch die Leitsymptome gesetzten Markierungen nur ein Hinweis auf die Richtung der pharmakotherapeutischen Entscheidung gefunden werden kann, wollen wir nicht nur diesen Hinweis mit der erwarteten Aussage für die pharmakotherapeutische Entscheidung vergleichen, sondern auch versuchen, für diejenigen Einzelsymptome, die mit ihren Markierungen von der erwarteten Aussage abweichen - sei es durch eine geringere Spezifität oder sei es durch den Hinweis auf eine andere Therapieform -, eine Erklärung für dieses Abweichen zu finden.

Die Schwierigkeit bei der Übertragung der Leitsymptome aus dem DSM-III ins AMDP-System besteht darin, daß im AMDP-System keine Symptome angeboten werden, die den im DSM-III erwähnten Persönlichkeitsveränderungen, Intelligenzminderungen und Verhaltensauffälligkeiten (vor allem im sozialen Gefüge) entsprechen würden. Außerdem werden im DSM-III manchmal Symptome aufgeführt, die global formuliert sind und damit ganzen Symptomgruppen im AMDP-System entsprechen (z.B. Orientierungsstörungen). Wir haben in den Tabellen, in denen die Leitsymptomatik auf das AMDP-System übertragen dargestellt ist, jeweils nur die wesentlichen Symptome aus diesen

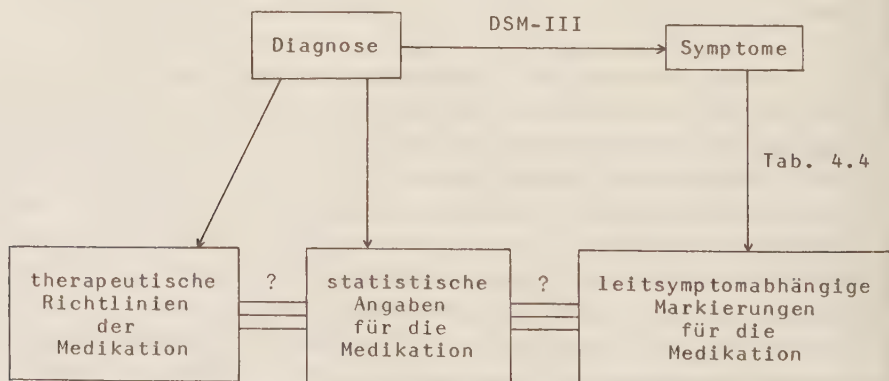
AMDP-Symptomgruppen berücksichtigt, um eine möglichst ausgewogene Übersetzung der Leitsymptome aus dem DSM-III in das AMDP-System zu erreichen. Die Symptome aus dem DSM-III und dem AMDP-System lassen sich zwar nicht immer vollständig miteinander in Deckung bringen, jedoch sind die wichtigsten Aspekte der Leitsymptomatik und damit die wichtigsten Hinweise auf die Pharmakotherapie (ausgehend von der Symptomatik) zu ersehen.

Für jedes Krankheitsbild werden die drei Aspekte des pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozesses miteinander auf ihre Übereinstimmung hin betrachtet und die möglichen Schlußfolgerungen aus dem Vorhandensein oder dem Fehlen einer Übereinstimmung gezogen.

Schematisch kann diese Fragestellung folgendermaßen dargestellt werden:

Schema 9

Schematische Darstellung der verschiedenen Zusammenhänge zwischen Diagnose und Medikation (nach Lehrbuch und klinischer Praxis)



5.5.2.0 Betrachtung der schizophrenen Krankheitsbilder und der paranoiden Syndrome

Bei der Beschreibung der schizophrenen Krankheitsbilder und ihrer Pharmakotherapie hat sich gezeigt, daß letztlich ungeachtet der verschiedenen Symptomatik die Verordnung von Neuroleptika die Standardtherapie ist. Die Neuroleptika können bei der Anwesenheit der entsprechenden affektiven Symptome mit Antidepressiva kombiniert werden. Die Antidepressiva sollten jedoch wegen der Gefahr der Provokation psychotischer Symptome nie ohne Neuroleptika verordnet werden (Wellhöner 1976, Heinrich 1960). Bei ängstlich oder depressiv gefärbten paranoiden Syndromen können Anxiolytika und einige antidepressive Substanzen verordnet werden. In einigen Fällen kann versucht werden, durch eine Dauertherapie mit stark anti-psychotischen Neuroleptika dieses Krankheitsbild günstig zu beeinflussen.

Die vorrangige Stellung der Neuroleptika-Verordnung findet sich bei der Betrachtung der Medikation aller Patienten aus beiden schizophrenen Diagnosegruppen (schizoaffektive Psychosen und andere Schizophrenien) und der Gruppe der paranoiden Syndrome verwirklicht. Von diesen insgesamt 471 Patienten werden 76,2 % mit Neuroleptika behandelt, jedoch nur 5,3 % gleichzeitig mit Antidepressiva. Ein knappes Viertel der Patienten wird also nicht mit Neuroleptika behandelt. Bei diesen Patienten erhalten 10,2 % überhaupt keine medikamentöse Therapie und 8,5 % nur eine unspezifische medikamentöse Therapie (d.h. keine Neuroleptika und keine Antidepressiva). Immerhin werden auch 5,1 % aller schizophrenen bzw. paranoiden Patienten mit einer neuroleptika-freien Antidepressiva-Therapie behandelt, also nahezu ebenso viele wie die Patienten mit Kombinationstherapie.

Der hohe Prozentsatz (70,9 %) der Patienten aus der Gruppe der schizophrenen Krankheiten und der paranoiden Syndrome, die nur mit Neuroleptika behandelt werden, entspricht unseren Erwartungen.

10,4 % der Patienten werden mit Antidepressiva behandelt, sei es mit der empfohlenen Zweizügeltherapie (d.h. Neuroleptika-Antidepressiva-Kombination) oder sei es mit Antidepressiva allein. Aus der klinischen Erfahrung wissen wir, daß diese Verordnungen bei Patienten vorkommen, die ausgeprägte Affektivitäts- und Antriebsstörungen zeigen und bei denen Wahnsymptome, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und katatone motorische Symptome nicht oder nur in geringer Ausprägung vorhanden sind. Aus diesem relativ kleinen Prozentsatz (10,4 %) müssen wir jedoch auch schließen, daß nicht alle Patienten mit dieser Symptomatik mit Antidepressiva behandelt werden, sondern einige auch so, wie es die Lehrbücher im allgemeinen für die Diagnose Schizophrenie empfehlen, nämlich mit Neuroleptika allein. Für diese Patienten, bei denen die typische akute schizophrene Symptomatik nicht im Vordergrund steht, kommt also eine Behandlung mit Antidepressiva oder mit Neuroleptika oder mit beiden Medikamentengruppen in Betracht.

Die anderen Patienten, die in ihrer ersten Woche des Klinikaufenthaltes nicht die von den Lehrbüchern vorgeschlagene Therapie mit Neuroleptika erhielten, sind diejenigen Patienten, die keine oder nur eine unspezifische medikamentöse Therapie erhielten. Von diesen 18,7 % aller schizophrenen und paranoiden Patienten müssen wir annehmen, daß ihr psychopathologischer Befund für eine klare diagnostische Aussage und die dazugehörige therapeutische Entscheidung noch nicht ausreichte und sie in dieser ersten Behandlungswoche in erster Linie beobachtet wurden. Außerdem befinden sich unter diesen Patienten auch diejenigen, die - zumindest initial - eine Behandlung mit Psychopharmaka ablehnten.

Die Darstellung der Leitsymptomatik der akuten Krankheitsphase im DSM-III als operationale Definition dieser Krankheitsbilder haben wir in der Tabelle 2.6 - 1 kurz wiedergegeben. Darüber hinaus haben wir aber auch Symptome aus den anderen Verlaufsphasen der Erkrankung (Prodromalstadium und Residualzustand) berücksichtigt, die zwar im großen und ganzen den Symptomen des akuten

Krankheitsgeschehens gleichen, jedoch unter anderem vergleichsweise größeres Gewicht auf Verhaltensauffälligkeiten im sozialen Gefüge legen. Die Übertragung all dieser Symptome auf das AMDP-System und die Betrachtung dieser Symptome auf ihre Aussagekraft für die verschiedenen Medikationsgruppen ergab folgende Aufstellung:

Tabelle 5.5 - 1

Leitsymptome der schizophrenen Krankheitsbilder und der paranoiden Syndrome im AMDP-System

	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-
umständliches Denken	(*)	(*)		
ideenflüchtig	*			
Vorbeireden	*			
inkohärentes Denken	*			
Neologismen	*			
Beziehungswahn	*			
Beeinträchtigungs-, Verfolgungswahn	*			
Eifersuchtswahn	(*)	(*)		
Größenwahn	*			
andere Wahninhalte	*			
Illusionen	*			
Stimmenhören	*			
andere Fremdbeeinflussungserlebnisse	*			
affektarm	(*)	(*)	(*)	
Parathymie	*			
motorisch unruhig	*			
Parakinesen	*			
manieriert/bizarrr	*			
mutistisch	(*)	(*)		
sozialer Rückzug		(*)	(*)	

Aus der Tabelle läßt sich ersehen, daß die Leitsymptome der Diagnose Schizophrenie erwartungsgemäß einen Hinweis auf die Behandlung mit Neuroleptika geben. Dies geschieht zu einem großen Teil durch spezifische Markierungen für die Medikationsgruppe {N+A-}. Diese Markierungen werden vor allem bei Symptomen gesetzt, die typisch für akute schizophrene Krankheitsbilder sind. Das gleiche gilt auch für die paranoiden Syndrome, die durch einen Teil der Symptome der obigen Tabelle, vorwiegend Wahnsymptome, gekennzeichnet sind.

Bei der Betrachtung derjenigen Leitsymptome der schizophrenen Krankheitsbilder und der paranoiden Syndrome, die nur relativ spezifische Markierungen (für Neuroleptika-Therapie mit oder ohne Antidepressiva) oder sogar fast unspezifische Markierungen (für Neuroleptika- und/oder Antidepressiva-Therapie, d.h. nur Ausschluß der unspezifisch medikamentösen Therapieform) aufweisen, zeigt sich, daß es sich dabei vor allem um Symptome handelt, die nicht nur für die schizophrenen Krankheitsbilder, sondern auch für andere psychotische Krankheitsbilder typisch sein können. Sie sind also weniger - soweit man das überhaupt von einzelnen Symptomen sagen kann - krankheitsspezifisch für die Diagnose Schizophrenie. Diese Aussage gilt für die Symptome "umständliches Denken", "affektarm" und "mutistisch".

Die gleiche relativ spezifische Markierung für eine Neuroleptika-Therapie mit oder ohne Antidepressiva finden wir bei dem Symptom "Eifersuchtswahn". Dieses Symptom, das sowohl bei schizophrenen Krankheitsbildern als auch - fast noch typischer - bei paranoiden Syndromen auftritt, ist also im Gegensatz zu den obengenannten drei Symptomen mit dieser Markierung durchaus für die von uns betrachteten Krankheitsbilder typisch. Es wird jedoch häufig von depressiven Symptomen begleitet, die den Hinweis auf eine mögliche Kombination der Neuroleptika-Therapie mit Antidepressiva erklärt. Außerdem gilt für diese vier Symptome, die nicht wie die Symptome des typischen akuten schizophrenen Krankheitsbildes eine

eindeutige spezifische Markierung für eine ausschließliche Neuroleptika-Behandlung aufweisen, daß ihre Aussagekraft für eine Therapie mit Neuroleptika unbestritten ist; es wird nur keine Aussage über eine zusätzliche Verordnung von Antidepressiva gemacht. Diese Frage bleibt also offen, und eine Antidepressiva-Therapie wird nur nicht ausgeschlossen.

Das einzige Symptom, das nicht vorrangig auf eine Behandlung mit Neuroleptika hinweist, ist das Symptom "sozialer Rückzug", das eine relativ spezifische Markierung für eine Antidepressiva-Therapie (mit oder ohne Neuroleptika) anzeigt. Dieses Symptom tritt im Rahmen von schizophrenen Krankheitsbildern vor allem bei den chronischen Verlaufsformen und im Residualzustand der Schizophrenien auf. Diese Bilder sind in dem Patientengut der Klinik seltener zu sehen als die akuten Formen der Schizophrenie. Durch diese Selektion in unserem Krankengut sieht man das Symptom "sozialer Rückzug" bei schizophrenen Patienten vergleichsweise seltener als bei Patienten mit einer depressiven affektiven Psychose.

In unserer Tabelle finden wir keine Markierungen für die Medikationsgruppe mit unspezifisch medikamentöser Therapie (d.h. keine Neuroleptika und keine Antidepressiva). Dies entspricht unseren Erwartungen für die Behandlung der schizophrenen Krankheitsbilder und der paranoiden Syndrome.

5.5.3.0 Betrachtung der depressiven Krankheitsbilder

Die Betrachtung der depressiven Krankheitsbilder in den Lehrbüchern hat noch uneingeschränkter als bei den schizophrenen Krankheitsbildern eine einzige Medikamentengruppe, nämlich die Antidepressiva, als psychopharmakologische Standardtherapie aufgezeigt. Neuroleptika werden nur bei starker Agitation und hoher

Suizidalität empfohlen. Eine weitere, allerdings nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeit, die aber nur bei besonderen Indikationen, z.B. therapierefraktären endogenen Depressionen, eingesetzt werden soll, ist die Elektrokrampfbehandlung. Diese Therapierichtlinien sind in erster Linie für die endogen depressiven Krankheitsbilder bestimmt. Bei den neurotisch und reaktiv depressiven Krankheitsbildern sollen Psychopharmaka neben der Psychotherapie nur als symptomatische Therapie eingesetzt werden.

Die häufigste Behandlungsform für die 254 Patienten mit einer depressiven affektiven Psychose ist die Antidepressiva-Therapie. Insgesamt wurden zwei Drittel der Patienten gemäß den lehrbuchmäßigen Richtlinien für depressive Krankheitsbilder behandelt. Dabei erhielten 44,1 % ausschließlich Antidepressiva und 20,5 % gleichzeitig auch Neuroleptika.

Von denjenigen 14,6 % der Patienten mit der Diagnose "depressive affektive Psychose", die keine Antidepressiva, dafür jedoch Neuroleptika erhielten, nehmen wir an, daß es sich dabei um Patienten mit der ICD-Diagnosenummer 296.3 handelt, die eine depressive Erkrankung im Rahmen einer bipolaren affektiven Psychose beschreibt. Wir nehmen an, daß bei diesen Patienten eine kurze manische Phase zu Beginn des stationären Aufenthaltes vorgelegen hat, die in dem von uns betrachteten Zeitraum eine Therapie mit Neuroleptika nach sich gezogen hat. Diese manische Verstimmung schlug in derselben Erkrankungsphase in eine depressive Verstimmung um, die dann zu der endgültigen ICD-Diagnose 296.3 geführt hat. Innerhalb dieser ICD-Diagnosenummer können die unterschiedlichen Formen eines bipolaren Verlaufes einer affektiven Psychose innerhalb einer Krankheitsphase nicht voneinander getrennt werden.

Die unspezifische medikamentöse Behandlungsform (d.h. keine Neuroleptika und keine Antidepressiva), die bei 16,1 % der Patienten gewählt wurde, soll ebenso wie die Therapieform ohne medikamentöse Behandlung (4,7 %) den Zeitraum überbrücken, in dem sich der

behandelnde Arzt durch weitere Beobachtung des Patienten über die diagnostische Entscheidung und deren therapeutische Forderung klar wird, oder er den Patienten davon überzeugen kann, daß eine Psychopharmaka-Therapie nötig ist. Die Patienten mit einer depressiven affektiven Psychose, bei denen eine Psychopharmaka-Therapie nicht indiziert ist und die z.B. direkt und ausschließlich einer Elektrokrampfbehandlung zugeführt werden, dürften nur vereinzelt in unserem Patientengut vorkommen.

Die Untersuchung der Leitsymptome, die im DSM-III die depressiven affektiven Psychosen operational definieren (Tab. 2.6 - 2) und die von uns in das AMDP-System übertragen wurden, in Hinblick auf ihre Charakteristik für die verschiedenen Medikationsgruppen haben wir wieder mit Hilfe der Tabelle 4.4 durchgeführt. Das Ergebnis dieser Untersuchung haben wir in der Tabelle 5.5 - 2 zusammengefaßt.

In dieser Tabelle zeigt sich, daß durch die Leitsymptome der depressiven Krankheitsbilder hauptsächlich relativ spezifische Markierungen für eine Antidepressiva-Therapie überhaupt (d.h. mit oder ohne Kombination mit Neuroleptika) oder spezifische Markierungen für die "reine" Antidepressiva-Therapie (d.h. ohne Neuroleptika) gesetzt werden.

Die klinische Erfahrung zeigt uns, daß mit der "reinen" Antidepressiva-Therapie neben den psychotischen Depressionen auch die neurotischen und die reaktiven Depressionen behandelt werden. Bei den Patienten dieser drei verschiedenen Diagnosegruppen kommen insbesondere Symptome wie "klagsam/jammerig", "Insuffizienzgefühle", "Suizidalität" und "Einschlafstörungen" vor. Diese Patienten klagen auch häufig über vegetative Beschwerden. Es handelt sich hier also gewissermaßen um die gemeinsame Schnittmenge der Symptome von allen depressiven Erkrankungen. Daher weisen auch alle bisher genannten Symptome spezifische Markierungen für die Medikationsform mit Antidepressiva ohne Kombination mit Neuro-

Tabelle 5.5 - 2

Leitsymptome der depressiven Krankheitsbilder im AMDP-System

	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-
Konzentrationsstörungen	(*)	(*)		
Schuldwahn		*		
deprimiert		(*)	(*)	
hoffnungslos		(*)	(*)	
dysphorisch	*			
gereizt	*			
innerlich unruhig	§			
klagsam/jammerig			*	
Insuffizienzgefühle			*	
Schuldgefühle		(*)	(*)	
affektlabil	(§)			
antriebsgehemmt		(*)	(*)	
antriebsgesteigert	*			
sozialer Rückzug		(*)	(*)	
Suizidalität			*	
Einschlafstörungen			*	
Durchschlafstörungen		(*)	(*)	
Müdigkeit			*	
Appetit vermindert			*	
Sexualität vermindert			*	

leptika auf, die der lehrbuchmäßigen Standardtherapie für depressive Krankheitsbilder entspricht.

Diejenigen Symptome, die relativ spezifische Markierungen für eine Antidepressiva-Therapie mit oder ohne Neuroleptika aufweisen, be-

schreiben insbesondere die schweren depressiven Krankheitsbilder, d.h. in erster Linie die depressiven affektiven Psychosen. Bei diesen Krankheitsbildern kann es nötig sein, nicht nur die depressive Symptomatik, sondern auch eine psychotische Symptomatik psychopharmakologisch zu behandeln. Man kann also erwarten, daß ganz besonders die depressiven affektiven Psychosen mit Wahnsymptomen zusätzlich zu den Antidepressiva auch mit Neuroleptika behandelt werden. Diese Erwartung wird insofern erfüllt, als das Symptom "Schuldwahn" in unserer Tabelle sogar eine spezifische Markierung für die Kombinationstherapie aufweist.

Es gibt auch einzelne Symptome in unserer Tabelle, die spezifische Markierungen für die Therapieform mit Neuroleptika ohne die Kombination mit Antidepressiva aufzeigen. Hier handelt es sich um Symptome aus den manischen Phasen der Cyklothymien (s. oben). Außerdem wird durch das Symptom "antriebsgesteigert" auch auf die agitierten Formen der Depressionen Bezug genommen. Die Aussage, d.h. der Hinweis auf eine Neuroleptika-Therapie, befindet sich in Einklang mit der Ansicht der Lehrbücher über die Therapie von agitierten Depressionen.

Erwartungsgemäß finden wir in der Tabelle 5.5 - 2 - ebenso wie bei den schizophrenen Krankheitsbildern - kein Leitsymptom, das eine Markierung für die unspezifische medikamentöse Therapieform aufweist.

5.5.4.0 Betrachtung der manischen Krankheitsbilder

In den Lehrbüchern hat die Darstellung der manischen Krankheitsbilder und ihrer Behandlung sehr klare therapeutische Richtlinien aufgezeigt. Die Therapie besteht in reizabschirmender Milieugestaltung und Gabe von stark wirksamen Neuroleptika in der akuten Krankheitsphase und in einer Lithiumtherapie zur Phasenprophylaxe.

Antidepressiva werden erwartungsgemäß in keinem der von uns benutzten Lehrbücher empfohlen.

Bei der Betrachtung der Klinikpatienten mit einer Manie unter dem Gesichtspunkt der Medikation finden wir, daß alle Patienten in der ersten Behandlungswoche medikamentös therapiert wurden, jedoch nur 53,2 % Neuroleptika erhielten. Davon erhielten 38,9 % ausschließlich Neuroleptika und 14,3 % zusätzlich Antidepressiva. 29,9 % der Patienten mit der Diagnose Manie erhielten nur Antidepressiva.

Dies erklären wir uns damit, daß zu der Patientengruppe mit der Diagnose Manie sowohl die reinen Manien (ICD 296.0) als auch die Manien im Rahmen der zirkulären Verlaufsform einer affektiven Psychose (ICD 296.2) gehören. Zu dieser ICD-Diagnosenummer gehören auch Patienten, die am Anfang des Klinikaufenthaltes eine depressive Phase hatten, die im weiteren Verlauf in eine manische Phase umschlug. Diese Heterogenität in der diagnostischen Zusammensetzung der hier betrachteten Patientengruppe (ICD 296.0 und 296.2) erklärt die zunächst unverständliche, relativ häufige Verordnung einer antidepressiven Therapie.

Auffallend ist auch, daß 16,9 % der Patienten in der ersten Behandlungswoche zwar medikamentös, aber nicht mit Neuroleptika oder auch nicht mit Antidepressiva behandelt wurden. Wir haben jedoch in der Tabelle 4.2.2 - 3 gesehen, daß bei den Patienten, die weder Neuroleptika noch Antidepressiva erhalten, in besonders hohem Maße andere, sozusagen unspezifisch dämpfende Medikamente, nämlich Hypnotika und Tranquilizer verordnet werden. Wir erklären uns dies so, daß der behandelnde Arzt sich bei diesen Patienten innerhalb der ersten Woche noch nicht zu einer antipsychotischen Psychopharmaka-Therapie entschließen konnte.

Den klaren Hinweis, den die Lehrbücher auf die Therapie mit Neuroleptika, und zwar ausschließlich mit Neuroleptika (d.h. keine Kombinationstherapie) geben, finden wir bei der Betrachtung der Leit-

Tabelle 5.5 - 3

Leitsymptome der manischen Krankheitsbilder im AMDP-System

	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-
Gedankendrängen	*			
ideenflüchtig	*			
euphorisch	*			
gereizt	*			
gesteigerte Selbstwertgefühle	*			
antriebsgesteigert	*			
motorisch unruhig	*			
logorrhöisch	*			
soziale Umtriebigkeit	*			

symptome der manischen Krankheitsbilder wieder, die wir vom DSM-III (Tab. 2.6 - 3) auf das AMDP-System übertragen haben und dann mit Hilfe der Tabelle 4.4 auf ihre Aussagekraft für die vier verschiedenen Medikationsgruppen überprüft haben. Alle AMDP-Symptome, die wir für vergleichbar mit den Darstellungskriterien des DSM-III erachtet haben, zeigen spezifische Markierungen für die Medikationsgruppe {N+A-}.

5.5.5.0 Betrachtung der neurotischen Krankheitsbilder

Die Beschreibung der Neurosen und ihrer Behandlung in den Lehrbüchern hat gezeigt, daß hier die Pharmakotherapie eine zweitrangige Rolle spielt oder spielen sollte. Psychopharmaka werden nur zur symptomatischen Therapie empfohlen, die eine akute Symptomatik mildern und damit die Voraussetzungen für eine Psychotherapie oder

Verhaltenstherapie erleichtern soll. Das Spektrum der im Rahmen einer neurotischen Fehlhaltung möglichen Symptome ist so groß, daß sich kaum generelle Richtlinien für die symptomatische Pharmakotherapie aufstellen lassen. In erster Linie werden unspezifisch dämpfende Substanzen wie Tranquilizer genannt. Die Verordnung von stärkeren Psychopharmaka kann jedoch notwendig werden, wenn z.B. eine starke depressive Symptomatik vorliegt, die mit Antidepressiva behandelt werden muß. Eine gewisse Sonderstellung nehmen die psychotherapeutisch schwer zu beeinflussenden Zwangsnerven ein, die teilweise gut auf eine Dauertherapie mit Neuroleptika oder Antidepressiva oder beiden Medikamenten ansprechen (Lopez-Ibor, Lopez-Ibor, 1974).

Unter den Therapieformen, die für die Klinikpatienten mit der Diagnose Neurose angeordnet wurden, wurden erwartungsgemäß die Therapieformen ohne Psychopharmaka (29,2 %) oder mit - in unserem Sinne unspezifischen Psychopharmaka (34,1 %) am häufigsten gewählt. Immerhin haben jedoch auch 28,4 % der Patienten eine antidepressive Therapie erhalten, davon 23,6 % ohne und 4,8 % mit Kombination mit einer Neuroleptika-Therapie. 7,9 % der Patienten erhielten eine Neuroleptika-Therapie ohne die Kombination mit Antidepressiva. Wenn man zusätzlich zu den 229 Patienten mit einer Neurose (ICD 300) auch die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (ICD 301) und psychogenen Reaktionen (ICD 309) betrachtet, ändert sich das Bild insofern, als von diesen insgesamt 357 Patienten sogar 37,8 % nicht mit Psychopharmaka behandelt wurden, also 8,6 % mehr als bei der Patientengruppe mit Neurosen allein. Die Verteilung der medikamentös behandelten Patienten auf die vier verschiedenen Formen der medikamentösen Therapie in Hinblick auf Neuroleptika und Antidepressiva ändert sich proportional jedoch nicht.

Zusammenfassend kann man über die Therapie der Neurosen sowie der Persönlichkeitsstörungen und der psychogenen Reaktionen sagen, daß die meisten Patienten hier keine Neuroleptika oder Antidepressiva erhielten. Es ist plausibel, die Verordnung der Antidepressiva mit

den depressiven Neurosen in Verbindung zu bringen. Aus den Vergleichen mit der Diagnoseverteilung der Klinik müssen wir annehmen, daß nicht mehr als ein Drittel der neurotisch depressiven Patienten mit Antidepressiva behandelt wurden. Sofern neurotische Krankheitsbilder mit Neuroleptika allein oder in Kombination mit Antidepressiva behandelt wurden, scheint dies vor allem im Zusammenhang mit Phobien, Zwangssymptomen und Entfremdungserlebnissen gestanden zu haben (s. unten).

Die vielfältige Gestalt der Neurosen macht auch eine Darstellung ihrer Leitsymptome schwierig. Im DSM-III wird daher in erster Linie die neurotische Angst beschrieben, die von der ängstlichen Stimmung und Erwartungsangst bis hin zu Panikattacken reicht. Daneben werden bei den einzelnen neurotischen Krankheitsbildern einige weitgehend spezifisch neurotische Symptome wie Zwangssymptome, Phobien und Entfremdungsgefühle sowie - als dritter Symptomkomplex bei Neurosen - die vegetative Begleitsymptomatik aufgeführt.

Diese Beschreibung des Krankheitsbildes läßt sich mit einer adäquaten Schwerpunktsetzung kaum ins AMDP-System übertragen. Wir haben dennoch den Versuch unternommen, jedoch die Deutung dieser Aufstellung nur mit Einschränkungen vorgenommen. Man muß letztlich die drei verschiedenen Symptomkomplexe, die wir auch im DSM-III gefunden haben, getrennt voneinander betrachten. Der wichtigste Komplex, die neurotische Angst, wird nur ungenügend durch das einzelne Symptom "ängstlich" repräsentiert, das laut Tabelle 4.4 eine relativ spezifische Markierung für eine Antidepressiva-Therapie (mit oder ohne Neuroleptika) aufweist.

Die obengenannten weitgehend spezifisch neurotischen Symptome sind als Einzelsymptome auffallend stärker und damit scheinbar gewichtiger in unserer Tabelle vertreten. Sie weisen vor allem spezifische Markierungen für eine der beiden Medikationsgruppen mit Neuroleptika-Therapie auf. Der größte Anteil der Symptome

Tabelle 5.5 - 4

Leitsymptome der neurotischen Krankheitsbilder im AMDP-System

		N+A-	N+A+	N-A+	N-A-
Phobien			*		
Zwangsdanken			*		
Zwangshandlungen	(§)				
Derealisation		*			
ängstlich			(*)	(*)	
Mundtrockenheit				*	
Magenbeschwerden					*
Diarrhoe				(*)	(*)
Atembeschwerden			(*)	(*)	(*)
Schwindel			(*)	(*)	(*)
Herzklopfen				(*)	(*)
Herzdruck				*	
Schwitzen vermehrt					*
Miktionsstörungen			*		
Hitzegefühl				(*)	(*)
Frösteln	§				
Parästhesien	§				

in der Tabelle 5.5 - 4, die wir mit neurotischen Krankheitsbildern in Verbindung bringen, wird von der vegetativen Begleitsymptomatik gestellt. Diese Symptome zeigen vor allem Markierungen mit sehr geringer Spezifität. Insgesamt ist als Hinweis für die pharmakotherapeutische Entscheidung zu erkennen, daß die Medikationsgruppen ohne Neuroleptika-Therapie vorrangig markiert worden sind. Die Symptome machen jedoch keine Aussage über die weitere Therapie-Entscheidung, d.h. es können nicht

nur unspezifisch dämpfende Medikamente wie Tranquilizer, sondern sogar auch spezifische Psychopharmaka wie Antidepressiva gegeben werden.

Bei der Betrachtung des wichtigsten Aspektes in der Symptomatik der neurotischen Krankheitsbilder haben wir feststellen müssen, daß sich die Beschreibung der neurotischen Angst im DSM-III zu wenig adäquat mit dem Symptom "ängstlich" des AMDP-Systems wiedergeben läßt. Deswegen verzichteten wir auf den Versuch, den durch dieses Symptom gegebenen Hinweis auf eine antidepressive Therapie zu deuten. Die Hinweise, die wir durch die beiden anderen Symptomkomplexe auf die Pharmakotherapie der neurotischen Krankheitsbilder gefunden haben, stimmen mit der Meinung der Lehrbücher überein.

5.5.6.0 Betrachtung der organisch bedingten Krankheitsbilder

Wie wir in unserer Darstellung der organisch bedingten Krankheitsbilder im Kap. 2.5.0.0 gesehen haben, besteht das Prinzip ihrer pharmakologischen Behandlung in der symptomatischen Therapie unter Berücksichtigung der Grundkrankheit, deren Behandlung im Vordergrund steht. Dabei zeigt sich eine Ähnlichkeit mit der Pharmakotherapie der neurotischen Krankheitsbilder. Bei beiden Gruppen von psychiatrischen Krankheiten richtet sich die Psychopharmakotherapie nach dem im Vordergrund des Krankheitsbildes stehenden psychopathologischen Syndrom. Dabei ist die Vielfalt der möglichen Syndrome bei den organischen Psychosen außerordentlich groß.

Bei den von uns betrachteten Klinikpatienten hatten 71 Patienten eine organische Psychose, entweder als Alterspsychose, Alkoholpsychose oder als vorübergehende organische Psychose. Von diesen 71 Patienten erhielten 39,4 % eine Neuroleptika-Therapie, die nicht mit Antidepressiva kombiniert war. Die zweithäufigste Therapieform war die unspezifische medikamentöse Therapie (d.h. keine Neurolep-

tika und keine Antidepressiva), die bei 28,2 % der Patienten angeordnet wurde. Wie wir aus der Tabelle 4.2.2 - 3 wissen, werden bei den Patienten mit dieser Therapieform nicht nur dämpfende Medikamente (Hypnotika und Tranquillizer), sondern auch die Medikamentengruppe Sondermittel auffallend häufiger verordnet als bei den übrigen Patienten. Die beiden Substanzen, die unter dem Begriff Sondermittel zusammengefaßt werden, sind Chlormethiazol und Disulfiram. 18,3 % der Patienten erhielten überhaupt keine Therapie mit Psychopharmaka in ihrer ersten Behandlungswoche. Auffallend ist die geringe Verordnungshäufigkeit von Antidepressiva: insgesamt erhielten nur 14,1 % der Patienten ein Antidepressivum. Bei 5,6 % wurden außerdem gleichzeitig Neuroleptika verordnet.

Die scheinbare Heterogenität im therapeutischen Vorgehen bei organisch bedingten Psychosen können wir auf die große Vielfalt dieser Krankheitsbilder und auf die große Vielfalt in ihren Erscheinungsformen zurückführen. Unter diesem Gesichtspunkt scheint der Anteil an Patienten mit einer organischen Psychose, die Antidepressiva erhielten (also - nehmen wir an - eine depressive Verstimmung zeigten), unerwartet gering zu sein. Wir nehmen an, daß bei vielen Patienten mit diesem Erscheinungsbild einer organischen Psychose die depressive Verstimmung die Erstdiagnose bestimmt hat.

Die Darstellung der Leitsymptome der organisch bedingten Psychosen (Tab. 2.6 - 5), in der wir versucht haben, aus der Vielzahl der im DSM-III aufgeführten Krankheitsbilder (als operational definierte psychiatrische Diagnosen) die wichtigsten allgemeinen Kriterien herauszusuchen, läßt sich wieder nur mit Einschränkungen auf das AMDP-System übertragen. Das Bild wird dabei jedoch nicht so unausgewogen wie es bei der Darstellung der Neurosen der Fall war, obwohl einige Aspekte, z.B. die Persönlichkeitsänderungen, Intelligenzminderungen und Verhaltensauffälligkeiten, überhaupt nicht im AMDP-System dargestellt werden können.

Tabelle 5.5 - 5

Leitsymptome der organisch bedingten Krankheitsbilder im AMDP-System

		N+A-	N+A+	N-A+	N-A-
Bewußtseintrübung	§				
zeitliche Orientierungsstörung	*				
örtliche Orientierungsstörung	(*)	(*)			
Konzentrationsstörung	(*)	(*)			
Merkfähigkeitsstörung			*		
Gedächtnisstörung			*		
engeengtes Denken			*		
inkohärentes Denken	*				
Mißtrauen	*				
Wahneinfall	*				
Wahngedanken	*				
Illusionen	*				
optische Halluzinationen	*				
gereizt	*				
affektlabil	(§)				
antriebsarm			(*)	(*)	
antriebsgesteigert	*				
logorhoisch	*				
Aggressivität	*				

Die Symptome, die wir aus dem DSM-III ins AMDP-System übertragen konnten, vermitteln in ihrer Aussage für die Psychopharmakotherapie ein Bild, das an die entsprechende Darstellung bei den schizophrenen und paranoiden Krankheitsbildern erinnert. Auch hier weisen die meisten der Leitsymptome spezifische oder relativ spezifische Markierungen für die beiden Medikationsgruppen mit Neuroleptika-

Behandlung auf. Dabei finden wir wieder mehr Markierungen bei der Medikationsform, bei der die Neuroleptika nicht mit Antidepressiva kombiniert werden.

Die meisten spezifischen Markierungen für diese Medikationsform stehen jedoch bei Symptomen (z.B. inkohärentes Denken, Mißtrauen, Wahnsymptomatik, gesteigerter Antrieb sowie Reizbarkeit und Aggressivität), die ebenfalls typisch, vielleicht sogar noch typischer für die in unserem Patientengut viel häufiger vorkommenden Schizophrenien sind. Die Aussagekraft dieser Symptome für die pharmakotherapeutische Entscheidung wird also in erster Linie von ihrem Auftreten im Rahmen von schizophrenen Krankheitsbildern bestimmt. Das gleiche gilt für das Symptom "antriebsarm", das viel häufiger bei depressiven affektiven Psychosen auftritt und deshalb eine relativ spezifische Markierung für eine Antidepressiva-Therapie aufweist.

Bei denjenigen Symptomen, die eher als krankheitsspezifisch bezeichnet werden können, liegen die Markierungen nahezu ausgewogen bei beiden Medikationsgruppen mit Neuroleptika. Dabei zeigt sich, daß die Symptome der akuten organischen Psychosen (zeitliche Orientierungsstörung, optische Halluzinationen) vor allem spezifische Markierungen bei der "reinen" Neuroleptika-Therapie (d.h. ohne die Kombination mit Antidepressiva) aufweisen. Für das Symptom "Bewußtseinsstörung", das vielleicht noch mehr als die anderen Symptome typisch für ein akutes organisches Krankheitsbild ist, konnte allerdings wegen seines insgesamt seltenen Auftretens keine Charakteristik für eine der Medikationsformen markiert werden.

Die Symptome der chronischen organischen Psychosen (Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, eingeengtes Denken) zeigen dagegen spezifische Markierungen für eine Kombinationstherapie. Diese Symptome finden sich allerdings auch gehäuft im AMDP-Untersuchungsbogen von Patienten mit schweren depressiven affektiven Psychosen angekreuzt, wie die Erfahrung mit diesem Dokumentationssystem im klinischen

Alltag zeigt. Unter diesen Patienten befinden sich viele ältere Menschen. Es ist somit schwer zu beurteilen, ob diese Symptomatik von einer depressiven affektiven Psychose oder einer zusätzlich bestehenden psychoorganischen Beeinträchtigung herrührt. Deswegen kann die Markierung dieser Symptome für eine mit Antidepressiva kombinierte Neuroleptika-Therapie entweder auf ihrer Zugehörigkeit zu den chronischen organischen Psychosen oder auf dem viel häufigeren Auftreten der Symptome im Rahmen von depressiven affektiven Psychosen beruhen.

Diesem deutlichen Hinweis auf eine Kombinationstherapie durch die Symptome der chronischen organischen Psychosen scheint der geringe Anteil an Patienten mit dieser Diagnose zu widersprechen, die in der Klinik tatsächlich Neuroleptika und Antidepressiva erhalten haben. Allerdings muß man berücksichtigen, daß durch die von uns betrachteten 71 Patienten mit einer organischen Psychose nur ein Teil der Patienten mit einem solchen Krankheitsbild erfaßt ist. Viele Patienten mit vor allem chronischen organischen Psychosen werden wegen einer akuten z.B. depressiven und/oder paranoiden Symptomatik in die Klinik aufgenommen, die dann die Hauptdiagnose bestimmt. Eine organisch bedingte Psychose - ob nun als hirnorganisch bedingte Leistungsminderung mäßiger Ausprägung oder als schwere Demenz - wird also oft nur als Zweitdiagnose festgehalten, die wir in dieser Arbeit nicht berücksichtigt haben. Wir nehmen an, daß bei diesen Patienten die Behandlung mit Neuroleptika und Antidepressiva wesentlich häufiger vorkommt, als dies bei den Patienten mit der Hauptdiagnose "organisch bedingte Psychose" zu erkennen ist.

5.6.0.0 Bedeutung der Ergebnisse für die Klinik der Psychiatrie und offene Fragen

Jedes diagnostische System in der Psychiatrie bedarf einer Rechtfertigung für seine Anwendung in der psychiatrischen Klinik. Diese Anforderung besteht ungeachtet der verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten für die Relation zwischen Diagnose und Symptomatik in diesem System. Das Problem der Rechtfertigung nennen wir die Quaestio juris. Völlig unabhängig von diesem Problem ist die Aufgabe, die Stelle, die das System im Rahmen der gesamten Psychiatrie einnimmt, und den Umfang der Anwendung des Systems aufzuzeigen. Diese Aufgabe nennen wir Quaestio facti. Den Gedanken für diese Unterscheidung entnehmen wir einer Arbeit von Nelson (1904).

Bei der Untersuchung der Bedeutung eines diagnostischen Systems für die Psychiatrie ist es wichtig, die Behandlung der Quaestio juris scharf von der Behandlung der Quaestio facti zu trennen. Dabei zeigt sich, daß die Versuchung, die Quaestio juris ausgesprochen oder unausgesprochen auf die Quaestio facti zurückzuführen und damit die notwendige Unterscheidung zwischen den beiden Fragen zu unterlassen, groß ist. Bei vielen Beispielen (nicht nur in der Psychiatrie) kann man sehen, daß die erfolgreiche Behandlung der Quaestio facti sehr leicht die Annahme zu suggerieren scheint, die Behandlung der Quaestio juris sei überflüssig.

K. Schneider (1962) hat die Quaestio juris für sein diagnostisches System mit dem Verweis auf die psychiatrische Nosologie behandelt. Viele Autoren (z.B. Kendell, Wing et al., Spitzer) haben die psychiatrische Nosologie aufgegeben oder vermeiden es zumindest, direkt Bezug darauf zu nehmen. Für diese Autoren ergibt sich die Notwendigkeit, die Quaestio juris neu zu behandeln oder dieses Problem auf andere Weise zu lösen. Den Weg, den diese Autoren gehen, um die Behandlung der Quaestio juris zu vermeiden, ist die Verwendung

operationaler Definitionen für die psychiatrische Diagnostik. Damit ist die Gleichsetzung des Begriffes einer Diagnose mit einer Menge von Symptomen gemeint. Diese Gleichsetzung täuscht eine Gleichsetzung von psychiatrischer Diagnose und psychiatrischer Nosologie vor. Damit wird auf definitorischem Wege, d.h. durch einen formalen Kunstgriff, die Quaestio juris übergangen.

Die operationale Definition der psychiatrischen Diagnosen wird von Kendell verteidigt (1975). Kendell betrachtet die psychiatrischen Diagnosen als eine Angelegenheit der Konvention, die sich durch ihre Verwendbarkeit in der Psychiatrie rechtfertigen lassen. Der Begriff der Verwendbarkeit ist jedoch zweideutig und unterscheidet nicht zwischen der Quaestio juris (darf das System angewendet werden?) und der Quaestio facti (wo und in welchem Umfang wird das System angewendet?).

Das PSE- und Catego-System von Wing et al. (1982) läßt sich als eine Formalisierung der Klinischen Psychopathologie K. Schneiders verstehen und braucht sich damit scheinbar nicht um eine eigene Behandlung der Quaestio juris zu bemühen. Die Autoren vermeiden jedoch eine klare Stellungnahme zur Frage der psychiatrischen Nosologie.

Das DSM-III, für das Spitzer verantwortlich ist (1980), stellt sich die Frage nach der Quaestio juris überhaupt nicht und beruft sich auch nicht auf die Klinische Psychopathologie K. Schneiders, von der es logisch und historisch abhängig ist.

Wie wir oben erwähnt haben, reduzieren die operationalen Definitionen psychiatrischer Diagnosen die Beziehungen zwischen Diagnose und Symptomatik (Diagnose-Symptom-Komplex) auf eine Menge psychopathologischer Symptome. Die Verwendbarkeit dieser Diagnose-Symptom-Komplexe für die pharmakotherapeutische Entscheidung haben wir unter Verwendung der Daten aus unserer Klinik überprüft. Das DSM-III haben wir als Vertreter der Systeme operationaler Defini-

tionen psychiatrischer Diagnosen gewählt, weil es den Gedanken der Operationalisierbarkeit am weitesten vorangetrieben hat und international anerkannt ist. Wir haben gezeigt, daß das DSM-III in die pharmakotherapeutischen Entscheidungen in der Klinik, so wie sie in den Daten festgehalten sind, ohne große Schwierigkeiten und Diskrepanzen eingefügt werden kann.

Am Beispiel des DSM-III läßt sich zeigen, daß gut ausgearbeitete operationale Definitionen psychiatrischer Diagnosen sich für die Entscheidung über die Pharmakotherapie anwenden lassen. Damit haben wir einen Beitrag zur Quaestio facti von operational definierten psychiatrischen Diagnosen geliefert. Die Behandlung der Quaestio juris ist mit der erfolgreichen Behandlung der Quaestio facti nicht abgetan, obwohl dies dadurch leicht suggeriert wird. Sie bleibt eine Aufgabe, die noch geleistet werden muß.

6.0.0.0 Zusammenfassung

Bei der Behandlung der Patienten in der Psychiatrie werden Psychopharmaka (in unserem Beispiel Neuroleptika und Antidepressiva) unter Berücksichtigung der pharmakologischen Eigenschaften (d.h. Wirkungsprofil und Nebenwirkungen der entsprechenden pharmakologischen Gruppe und des Einzelpräparates) und unter Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnose und der psychopathologischen Symptomatik eingesetzt.

Nach einem kurzen Überblick über die pharmakologischen Eigenschaften von Neuroleptika und Antidepressiva geben wir im Literaturteil eine kurze Darstellung der wichtigsten psychiatrischen Diagnosen mit ihrer Symptomatik und mit den Richtlinien für ihre (medikamentöse) Therapie. Dabei wurde versucht, der Vielfalt der Erscheinungsformen der psychiatrischen Krankheitsbilder Rechnung zu tragen.

Die Systeme mit operational definierten psychiatrischen Diagnosen, die logisch und historisch von der Psychopathologie K. Schneiders abhängen, gehen die Betrachtung der psychiatrischen Krankheitsbilder von einer ganz anderen Seite her an. Sie ordnen eine Diagnose und eine Menge von Symptomen einander streng schematisch zu. Für diese Arbeit haben wir dasjenige System operationaler Definitionen ausgesucht, das diesen Gedanken am weitesten vorangetrieben hat, nämlich das DSM-III.

Wir gehen davon aus, daß die Systeme operational definierter Diagnosen zwar die Gefahr einer vergrößerten Betrachtungsweise psychiatrischer Krankheitsbilder mit sich bringen und eine nicht unproblematische Verkürzung der psychiatrischen Diagnostik bedingen, jedoch für die Zwecke der Pharmakotherapie möglicherweise ausreichen. Diesen Gedanken wollen wir in dieser Arbeit überprüfen. Dazu

suchen wir aus unseren Daten den Zusammenhang zwischen Therapie (in unserem Beispiel: die Behandlung mit Neuroleptika und Antidepressiva) sowie Diagnose und Symptomatik auf. Um diesen Zusammenhang herstellen zu können, müssen wir erst den Zusammenhang zwischen Therapie und Symptomatik allein betrachten.

Für die Untersuchung verwenden wir die Unterlagen von 1501 Klinikpatienten des Jahres 1980, von denen wir die ICD-Diagnose, den psychopathologischen Aufnahmebefund (dokumentiert mit Hilfe des AMDP-Systems) und die medikamentöse Therapie der ersten sieben Tage des stationären Aufenthaltes vollständig dokumentiert haben. Diese Patienten teilen wir in fünf verschiedene Therapiegruppen, je nachdem, ob sie überhaupt medikamentös bzw. mit Neuroleptika oder Antidepressiva behandelt wurden. Das gesamte Patientengut bzw. einzelne oder unter bestimmten Fragestellungen zusammengefaßte Patientengruppen beschreiben und vergleichen wir in Hinblick auf die Verteilung der Diagnosen, die Verordnung weiterer Medikamente und die Häufigkeit der Einzelsymptome. Außerdem betrachten wir die Verteilung der verschiedenen Therapieformen für die einzelnen Diagnosegruppen und versuchen, die charakteristischen Symptome für die verschiedenen Medikationsgruppen zu bestimmen.

Unter Verwendung dieser Unterlagen wollen wir überprüfen, ob sich die Wahl der Therapie in der Klinik an die Richtlinien der Lehrbücher hält, und ob die operationalen Definitionen, wie sie das DSM-III für die psychiatrischen Diagnosen gibt, zumindest in Hinblick auf die Wahl der Pharmakotherapie einen verwendbaren, evtl. sogar rechtfertigenden Begriff der Diagnose-Symptom-Einheit geben.

Dazu entwickeln wir zuerst ein diagnostisches Schema in Anlehnung an die Psychopathologie K. Schneiders, das uns dazu hilft, unsere Daten in ihren logischen Beziehungen zueinander zu verstehen. Dieses Schema betten wir in ein neues Schema ein, das den pharmako-

therapeutischen Entscheidungsprozeß in seinem Umfeld darstellt, d.h. das den pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozeß in der Klinik und seine Darstellung in den Daten sowie den pharmakotherapeutischen Entscheidungsprozeß nach den Richtlinien der Lehrbücher einander gegenüberstellt.

Für die fünf wichtigsten psychiatrischen Krankheitsbilder betrachten wir die Symptommengen, die wir durch das DSM-III erhalten, in Hinblick auf ihren Einfluß auf die pharmakotherapeutische Entscheidung. Dazu übertragen wir die Charakteristika, die diese Symptome für die verschiedenen Therapieformen haben. Unabhängig davon suchen wir für die gleichen Krankheitsbilder die empfohlene Pharmakotherapie der Lehrbücher auf. Diese vergleichen wir erst mit der Häufigkeitsverteilung der Therapieformen, die der entsprechenden ICD-Diagnose in der Klinik verordnet wurden, und dann mit den Hinweisen, die die Symptommenge dieser Diagnose im DSM-III (in der Übersetzung ins AMDP-System) aus unseren Daten für die Pharmakotherapie bekommen hat.

Beim Vergleich der Therapieformen, die in der Klinik verordnet wurden, mit den therapeutischen Richtlinien der Lehrbücher zeigen sich teilweise Differenzen, die sich jedoch erklären lassen. So können wir die unerwartet hohen Anteile von "rein" antidepressiv behandelten Patienten mit der Diagnose Manie bzw. von "rein" neuroleptisch behandelten Patienten mit der Diagnose Depression darauf zurückführen, daß das ICD-Diagnosesystem keine Unterscheidung zwischen den unterschiedlichen Formen eines bipolaren Verlaufes einer affektiven Psychose innerhalb einer Krankheitsphase ermöglicht. Der Umschwung von einer Stimmungslage (mit der die initiale Therapie zusammenhängt) zur entgegengesetzten Stimmungslage (auf die sich die Abschlußdiagnose stützt) wird also nicht durch eine eigene ICD-Diagnosenummer beschrieben. Der zweite scheinbar große Unterschied zwischen den Richtlinien der Lehrbücher und den klinischen Daten liegt bei den organischen Psychosen vor. Bei diesen Daten sind jedoch nur diejenigen Patienten berücksichtigt, bei denen die

Diagnose "organisch bedingte Psychose" als Erstdiagnose festgehalten wurde. Über die Behandlung der zahlenmäßig wahrscheinlich viel größeren Gruppe von Patienten, bei denen diese Diagnose nur als Zweitdiagnose gestellt wurde, können wir keine Aussage machen. Bei allen Diagnosegruppen müssen wir bei der Betrachtung der nicht medikamentös behandelten bzw. nur unspezifisch medikamentös behandelten Patienten (d.h. keine Neuroleptika und keine Antidepressiva) berücksichtigen, daß sich hier auch diejenigen Patienten dokumentiert finden, deren psychopathologischer Befund innerhalb der ersten Woche des stationären Aufenthaltes noch keine schlüssige diagnostische und damit therapeutische Entscheidung erlaubte, oder die (zumindest in dieser ersten Woche) eine psychopharmakologische Therapie ablehnten.

Beim Vergleich dieser auf die Therapie bezogenen Angaben mit den Hinweisen, die die Symptommengen der einzelnen Diagnosen im DSM-III (in der Übersetzung ins AMDP-System) aus unseren Daten für die pharmakotherapeutische Entscheidung erhalten haben, findet man nur bei den manischen Krankheitsbildern eine klare Aussage. Die Diskrepanzen bei den anderen Krankheitsbildern lassen sich jedoch wieder erklären, d.h. sie lassen sich auf Gründe zurückführen, die nicht von einem grundlegenden Unterschied der beiden Verfahren bedingt sind. Wir haben gesehen, daß der Hinweis auf die Pharmakotherapie, den wir von einem Einzelsymptom erhalten, nicht nur von der relativen Häufigkeit des Symptoms bei den verschiedenen Medikationsgruppen abhängt, sondern auch von der absoluten Häufigkeitsverteilung des Symptoms. Ein Symptom, das für eine andere und zahlenmäßig größere Gruppe von Krankheitsbildern ebenso typisch oder vielleicht sogar noch stärker typisch als für die betrachtete Gruppe von Krankheitsbildern ist, richtet sich also mit dem Hinweis, den es für die Pharmakotherapie gibt, mehr nach dieser größeren Gruppe. Dies gilt umso stärker, je unspezifischer das Symptom für eine einzelne Gruppe von Krankheitsbildern ist.

Auf Grund der Tatsache, daß völlig verschiedene diagnostische und therapeutische Systeme verwendet werden, darf man keine völlige Übereinstimmung der verschiedenen Aussagen erwarten, z.B. muß man berücksichtigen, daß die ICD-Diagnosen eine andere Diagnoseinterpretation zulassen als es das DSM-III für sich festlegt. Für die Betrachtung beider diagnostischer Begriffe unter dem Gesichtspunkt der Pharmakotherapie ergeben sich keine grundlegenden Differenzen. Es scheint so zu sein, daß die pharmakotherapeutische Entscheidung nicht eine eindeutige Interpretation der Beziehung zwischen Diagnose und Symptomatik verlangt. Für die Zwecke der Pharmakotherapie können also die Diagnosekategorien der verschiedenen diagnostischen Systeme miteinander gleichgesetzt werden.

Prinzipiell muß man für jedes diagnostische System in der Psychiatrie die Stelle und den Umfang der Anwendung in der Psychiatrie (Quaestio facti) und seine theoretische Rechtfertigung (Quaestio juris) voneinander trennen. Diese Arbeit liefert einen Beitrag zur Behandlung der Quaestio facti der operationalen Definitionen psychiatrischer Diagnosen am Beispiel des DSM-III. Die Quaestio juris wird davon nicht berührt. Die Quaestio juris wird jedoch auch sonst nicht von den Autoren, die solche Systeme operationaler Definitionen eingeführt haben, behandelt. Ein Lösungsansatz für die Behandlung der Quaestio juris ließe sich nach dem Vorbild K. Schneiders durch eine Zurückführung der operational definierter psychiatrischer Diagnosen auf die psychiatrische Nosologie versuchen. Die psychiatrische Nosologie wird jedoch von den Autoren, die den operationalen Definitionen psychiatrischer Diagnosen den Vorzug geben, abgelehnt. Obwohl also die Behandlung der Quaestio juris durch diese Autoren noch aussteht, kann die Quaestio facti für die Systeme operational definierter psychiatrischer Diagnosen als zufriedenstellend gelöst betrachtet werden.

7.0.0.0 Tabellarischer Anhang

Häufigkeit des Auftretens der AMDP-Symptome bei den verschiedenen Patientengruppen

Patientengruppen	alle Pat.	medikamentös behandelte Patienten					nicht med. beh. Pat.
		alle	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-	
n =	1501	1196	510	117	264	305	305

Bewußtseinsstörungen

Bewußtseinsverminderung	34	25	13	3	3	6	9
Bewußtseinstrübung	33	27	14	3	3	7	6
Bewußtseinseinnengung	59	44	24	3	12	5	15
Bewußtseinsverschiebung	6	5	4	0	0	1	1

Orientierungsstörungen

zeitlich	137	115	66	9	13	27	22
örtlich	97	79	43	10	9	17	18
situativ	99	83	48	8	9	18	16
über die eigene Person	28	22	12	3	2	5	6

Aufmerksamkeits-, Gedächtnisst.

Auffassungsstörungen	353	306	170	24	54	58	47
Konzentrationsstörungen	765	656	299	68	138	151	109
Merkfähigkeitsstörungen	396	348	139	50	84	75	48
Gedächtnisstörungen	256	223	85	37	55	46	33
Konfabulationen	45	42	22	2	6	12	3
Paramnesien	22	19	16	1	0	2	3

alle Pat.	med. beh. Patienten				Ø Med.		
	alle	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-		

Formale Denkstörungen

gehemmt	198	177	74	25	47	31	21
verlangsamt	395	332	127	48	85	72	63
umständlich	330	280	138	33	50	59	50
eingengt	457	389	170	54	86	79	68
perseverierend	156	139	64	15	30	30	17
Grübeln	310	266	80	36	85	65	44
Gedankendrängen	97	92	68	4	8	12	5
ideenflüchtig	150	135	105	6	6	18	15
Vorbeireden	191	171	133	5	7	26	20
gesperrt/Gedankenabreißen	115	108	82	8	10	8	7
inkohärent/zerfahren	239	211	173	12	4	22	28
Neologismen	37	35	30	1	1	3	2

Befürchtungen und Zwänge

Mißtrauen	337	263	149	23	38	53	74
Hypochondrie (n. wahnhaft)	136	115	18	14	41	42	21
Phobien	49	39	11	9	13	6	10
Zwangsdenken	82	72	28	15	19	10	10
Zwangsimpulse	24	23	12	4	2	5	1
Zwangshandlungen	39	30	16	3	4	7	9

Wahn

Wahnstimmung	261	238	184	14	10	30	23
Wahnwahrnehmung	132	118	98	5	3	12	14
Wahneinfall	123	110	85	8	3	14	13
Wahngedanken	217	195	144	16	11	24	22
systemat. Wahn	109	94	75	2	2	15	15
Wahndynamik	169	151	118	9	5	19	18
Beziehungswahn	220	202	151	14	11	26	18
Beeinträcht.-, Verfolg.-Wahn	253	218	165	17	9	27	35
Eifersuchtswahn	23	20	14	2	1	3	3
Schuldwahn	67	60	17	13	15	15	7

	alle Pat.	med. beh. Patienten				Ø Med.	
		alle	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-	
Verarmungswahn	25	24	4	6	9	5	1
hypochondr. Wahn	29	26	13	6	4	3	3
Größenwahn	66	62	58	0	0	4	4
andere Wahninhalte	58	54	44	2	4	4	4

Sinnestäuschungen

Illusionen	38	34	25	1	1	7	4
Stimmenhören	162	147	119	8	5	15	15
andere akust. Halluzinationen	53	44	32	3	1	8	9
optische Halluzinationen	69	56	37	2	1	16	13
Körperhalluzinationen	56	48	35	1	2	10	8
Geruchs-,Geschmackshalluzinat.	44	40	31	2	2	5	4

Ich-Störungen

Derealisation	83	72	49	5	4	14	11
Depersonalisation	90	79	49	5	10	15	11
Gedankenausbreitung	66	63	50	2	4	7	3
Gedankenentzug	36	33	22	4	4	3	3
Gedankeneingebung	75	72	65	1	1	5	3
andere Fremdbeeinfl.-Erlebnisse	87	80	68	1	3	8	7

Störungen der Affektivität

ratlos	542	460	194	53	101	112	82
Gefühl der Gefühllosigkeit	119	108	24	15	39	30	11
affektarm	294	230	110	24	51	45	64
Störung der Vitalgefühle	489	414	79	65	166	104	75
deprimiert	872	709	192	92	215	210	163
hoffnungslos	479	392	69	60	139	124	87
ängstlich	700	582	203	71	161	147	118
euphorisch	149	135	110	2	4	19	14
dysphorisch	344	273	140	16	46	71	71
gereizt	321	266	186	14	25	41	55
innerlich unruhig	716	615	251	62	150	152	101

	alle Pat.	med. beh. Patienten					Ø Med.
		alle	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-	

klagsam/jammerig	334	288	53	39	116	80	46
Insuffizienzgefühle	471	384	77	51	146	110	87
gest. Selbstwertgefühle	109	97	63	3	15	16	12
Schuldgefühle	241	211	46	37	68	60	30
Verarmungsgefühle	44	41	3	7	21	10	3
ambivalent	237	213	122	14	32	45	24
Parathymie	144	123	86	9	7	21	21
affektlabil	211	191	88	16	38	49	20
affektinkontinent	79	64	26	12	11	15	15
affektstarr	201	161	87	16	25	33	40

Antriebs-, psychomotor. Störungen

antriebsarm	512	419	140	54	122	103	93
antriebsgehemmt	276	234	70	38	76	50	42
antriebsgesteigert	302	271	177	16	26	52	31
motorisch unruhig	482	429	238	36	66	89	53
Parakinesen	54	45	33	4	2	6	9
manieriert/bizarrr	108	96	70	3	8	15	12
theatralisch	110	99	39	6	22	32	11
mutistisch	75	62	43	10	2	7	13
logorrhöisch	134	115	71	7	14	23	19

Circadiane Besonderheiten

morgens schlechter	199	184	22	37	84	41	15
abends schlechter	50	43	14	5	9	15	7
abends besser	45	44	3	6	19	16	1

Andere Störungen

sozialer Rückzug	656	542	200	70	139	133	114
soziale Umtriebigkeit	127	107	83	3	11	10	20
Aggressivität	216	182	121	8	15	38	34
Suizidalität	354	286	69	35	95	87	68
Selbstbeschädigung	58	40	16	3	4	17	18

	alle Pat.	med. beh. Patienten					Med.
		alle	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-	
Mangel an Krankheitsgefühl	297	236	182	10	10	34	61
Mangel an Krankheitseinsicht	425	344	214	19	33	78	81
Ablehnung der Behandlung	197	153	97	7	20	29	44
pflegebedürftig	95	80	43	6	14	17	15

Schlaf-, Vigilanzstörungen

Einschlafstörungen	883	757	289	78	193	197	126
Durchschlafstörungen	850	736	292	84	188	172	114
Verkürzung der Schlafdauer	555	491	207	51	109	124	64
Früherwachen	241	214	57	27	74	56	27
Müdigkeit	273	227	63	23	83	58	46

Appetenzstörungen

Appetit vermindert	650	547	183	57	162	145	103
Appetit vermehrt	70	60	36	7	7	10	10
Durst vermehrt	72	62	26	2	10	24	10
Sexualität vermindert	226	189	50	17	65	57	37

Gastro-intestinale Störungen

Hypersalivation	21	19	10	2	1	6	2
Mundtrockenheit	94	88	34	9	32	13	6
Übelkeit	151	119	19	16	33	51	32
Erbrechen	54	45	9	4	9	23	9
Magenbeschwerden	196	154	48	17	37	52	42
Obstipation	207	192	47	24	67	54	15
Diarrhoe	43	31	6	1	10	14	12

Kardio-respiratorische St.

Atembeschwerden	91	80	18	11	23	28	11
Schwindel	208	159	38	19	47	55	49
Herzklopfen	221	183	60	14	49	60	38
Herzdruck	141	119	21	15	47	36	22

alle Pat.	med. beh. Patienten				Med.	
	alle	N+A-	N+A+	N-A+	N-A-	

Andere vegetative Störungen

Akkommodationsstörungen	13	9	6	1	1	1	4
Schwitzen vermehrt	310	236	71	20	55	90	74
Seborrhoe	28	26	20	0	3	3	2
Miktionsstörungen	42	35	10	7	7	11	7
Menstruationsstörungen	63	54	22	5	14	13	9

Weitere Störungen

Kopfdruck	249	203	55	21	60	67	46
Rückenbeschwerden	89	72	22	8	15	27	17
Schweregefühl in den Beinen	57	47	10	6	15	16	10
Hitzegefühl	38	30	6	0	13	11	8
Frösteln	42	34	12	1	8	13	8
Konversionssymptome	62	53	13	6	21	13	9

Neurologische Störungen

Rigor	58	52	27	2	9	14	6
Muskeltonus erniedrigt	11	7	5	1	0	1	4
Tremor	187	145	44	9	28	64	42
Dyskinesien	37	31	17	1	5	8	6
Hypokinesien	27	20	12	1	3	4	7
Akathisie	24	23	10	0	3	10	1
Ataxie	39	28	9	1	4	14	11
Nystagmus	13	12	4	0	4	4	1
Parästhesien	38	32	9	4	6	13	6

8.0.0.0 Literaturverzeichnis

American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III. Washington

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (1979) Das AMDP-System: Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. 3. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg New York

Ayd FJ, Taylor IJ (1978) Mood Disorders: The World's Major Public Health Problem. Ayd Medical Communications, Baltimore

Baldessarini RJ (1980) Drugs and the treatment of psychiatric disorders (ch. 19), in Goodman and Gilman's (eds.) The Pharmacological Basis of Therapeutics. 6th ed., Macmillan Publishing Co., New York

Benkert O, Hippus H (1980) Psychiatrische Pharmakotherapie. 3. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg New York

Boston Collaborative Drug Surveillance Program (1972) Adverse reactions to tricyclic-antidepressant drugs. Lancet 1: 529-530

Chadoff P, Lyons H (1958) Hysteria, the hysterical personality and hysterical conversion. Am J Psychiatry 114: 734-740

Ewald G (1964) Neurologie und Psychiatrie. 5. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München Berlin

Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ (1976) Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2nd ed., The Williams & Wilkins Co., Baltimore

Goldberg RB, Thornton WE (1978) Combined tricyclic-MAOI therapy for refractory depression: a review with guidelines for appropriate usage. J Clin Pharmacol 18: 143-147

Heinrich K (1960) Die gezielte Symptomprovokation mit monoaminoxidasehemmenden Substanzen in Diagnostik und Therapie schizophrener Psychosen. Nervenarzt 31: 507-512

ICD-Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (1980) Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO: ICD 9. Rev. Kap. V., Springer, Berlin Heidelberg New York

Kendell RE (1975) The Role of Diagnosis in Psychiatry. Blackwell Scientific Publications, Oxford London Edinburgh Melbourne

Kielholz P (1971) Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker. 3. Aufl., Lehmann, München

Lopez-Ibor J, Lopez-Ibor JM (1974) Die psychopharmakologische Behandlung von Zwangsneurosen. Arzneim Forsch 8: 1119-1122

Ludwig AM (1980) Principles of Clinical Psychiatry. The Free Press, New York

Nelson L (1904) Die kritische Methode und das Verhältnis der Psychologie zur Philosophie. Ein Kapitel aus der Methodenlehre, in: Abhandlungen der Friesschen Schule, neue Folge, I-1: 1-88, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Schneider K (1962) Klinische Psychopathologie. 6. Aufl., Thieme, Stuttgart

Schulte W, Tölle R (1977) Psychiatrie. 4. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg New York

Slaby AE, Tancredi LR, Lieb J (1981) Clinical Psychiatric Medicine, Harper & Row, Washington

Wellhöner H (1976) Allgemeine und systematische Pharmakologie und Toxikologie. 2. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg New York

West ED, Dally PJ (1959) Effects of iproniazid in depressive syndromes. Br Med J 1: 1491-1494

Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1982) Die Erfassung und Klassifikation psychiatrischer Symptome, Beschreibung und Glossar des PSE (Present State Examination) - ein Verfahren zur Erhebung des psychopathologischen Befundes. Aus dem Englischen von Strauss G, Deutsche Bearbeitung Cranach M. Beltz, Weinheim Basel

World Health Organisation (1973) Report of the International Study of Schizophrenia. World Health Organisation, Genf

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippius danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates.

Herrn Dr. med. A. Strauß danke ich für die Betreuung bei der Durchführung der Arbeit.

Herrn Dipl.-Math. J. Scherer danke ich für die statistische Beratung und die Durchführung der rechnerunterstützten Datenauswertung.

Lebenslauf

Am 27. Mai 1956 wurde ich, Christiane Barbara Beatrice Ehlers, als vierte Tochter meiner Eltern Dr. Wilhelm Ehlers, Generalredaktor des Thesaurus linguae Latinae (I.R.), und Barbara Ehlers, geb. Hofmann, Oberlehrerin (a.D.), in München geboren.

Von 1962 bis 1966 besuchte ich die Volksschule an der Gebelestraße in München. Im Herbst 1966 trat ich in das Neusprachliche Gymnasium Max-Josef-Stift in München ein, wo ich 1975 die Reifeprüfung ablegte. Im Wintersemester 1975/76 begann ich das Studium der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität München und bestand hier 1977 die Ärztliche Vorprüfung, 1978 den ersten Teil, 1980 den zweiten Teil und 1981 den dritten Teil der Ärztlichen Prüfung. Am 17. November 1981 erhielt ich die Approbation als Arzt.

